

I Informationszentrum
S für
T Standards
O in der
Onkologie



Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM)

**Herausgegeben von R.Souchon, H.-J.Schmoll, S.Krege
für die German Testicular Cancer Study Group**

im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft

1.Auflage 2002



W. Zuckschwerdt Verlag
München · Bern · Wien · New York

Koordination:

**Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)**

**Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanauer Landstraße 194
60314 Frankfurt/Main
Tel: (0 69) 63 00 96 - 0
E – Mail: isto@krebsgesellschaft.de**

Inhalt

Vorwort der Deutschen Krebsgesellschaft	VII
Vorwort der Herausgeber	IX
1. Einleitung	1
2. Anamnestic Angaben zu Risikofaktoren	2
3. Sicherung der Diagnose	3
4. Behandlung des Primärtumors und kontralaterale Hodenbiopsie	3
5. Pathologische Diagnostik	4
6. Ausbreitungsdiagnostik	5
7. Fertilität und therapiebedingte gonadale Toxizität	6
8. Prognosefaktoren	6
9. Therapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie	8
10. Therapie des Seminoms CS I	8
11. Therapie des Seminoms CS IIA/B	10
12. Therapie des Nichtseminoms CS I	11
13. Therapie des Nichtseminoms CS IIA/B	13
14. Therapie der fortgeschrittenen Stadien	16
15. Therapie bei Hirnmetastasen	17
16. Therapiesteuerung	17
17. Residualtumorresektion	18
18. Konsolidierende Chemotherapie nach Resektion von vitalem Resttumor	18
19. Systemische Salvagetherapie	19
20. Operative Rezidiv-/Salvagetherapie	20
21. Organisatorisches zur Durchführung der Lymphadenektomie und Chemotherapie	20
22. Evaluation des Therapieergebnisses	20
23. Nachsorge	21
24. Rehabilitation	25
Literatur mit Angaben der EBM-Stufen unterteilt nach Themenkomplexen	26

Vorwort

Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen flächendeckend zu verbessern – diese Aufgabe hat die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) mit dem Qualitätssicherungsprogramm 1996 begonnen und in einer ersten Phase die Erstellung von Leitlinien auf den Weg gebracht. Die DKG bietet sich hier als neutrales, der Interdisziplinarität verpflichtetes Forum an, das durch die einzelnen Arbeitsgemeinschaften über hohe fachliche Kompetenz verfügt. Der Leitlinienerstellung liegt das Ziel zugrunde, die optimale Diagnostik und Therapie im interdisziplinären Konsens festzulegen.

Die Behandlung von Patienten mit Hodentumoren ist nur mit einem interdisziplinären Konzept und einer interdisziplinären Strategie zu optimieren. Die vorliegende Leitlinie wurde von hochkompetenten Vertretern der einzelnen Disziplinen erstellt, die damit Garant für die Akzeptanz und Verbreitung der Leitlinien sind.

Die Leitlinie Hodentumoren spiegelt auch die Entwicklung der Leitlinien in Deutschland wider. Wurden zunächst Leitlinien im Konsens von Experten entwickelt, finden nun die Grundzüge der EBM-Medizin Eingang in die Leitlinienerstellung. Systematische Literaturrecherche und formale Konsensusfindung sind die wesentlichen Kriterien dieser Leitlinien. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat sich dieses Konzeptes besonders angenommen und kann nun erstmals eine Leitlinie vorstellen, bei der EBM-Kriterien zur Anwendung kamen.

Die Erstellung einer Leitlinie ist eine wichtige Voraussetzung, sie ist jedoch nur ein erster Schritt auf dem Weg zum Ziel. Erst der Nachweis der Qualitätsverbesserung rechtfertigt die Erstellung der Leitlinie.

Mit dem Dank und dem Glückwunsch an alle Beteiligten, insbesondere an die Herausgeber *Herrn Dr. Souchon*, *Herrn Prof. Schmoll* und *Frau Dr. Krege*, verbindet die Deutsche Krebsgesellschaft die Hoffnung, durch gemeinsame Einleitung der nächsten Schritte zu einer wirklichen Qualitätsverbesserung in der Onkologie beizutragen.

Prof. Dr. R. Kreienberg
Präsident der
Deutschen Krebsgesellschaft

Prof. Dr. Th. Junginger
Vorsitzender der Kommission
Qualitätssicherung

Vorwort

»Das Zauberwort heißt Interdisziplinarität« – so ist 1998 das Editorial zur Therapie des Hodentumors im Fachjournal der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) »Der Onkologe« überschrieben. Damit sind zugleich der Ansatz und die Vorgehensweise für die Erarbeitung der hier vorgelegten Leitlinie beschrieben. Die in Deutschland aus dem Verständnis für die Sinnhaftigkeit eines solchen Konzeptes erwachsene und praktizierte Akzeptanz bei der Behandlung maligner Keimzelltumoren des Mannes ist beispielgebend für die intensivierten Bemühungen wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften und beteiligter Arbeitsgemeinschaften der DKG, erwartete und geforderte Verbesserungen in der Tumorbehandlung von Erwachsenen durch Institutionalisierung interdisziplinärer diagnostisch und therapeutisch ausgerichteter Arbeitsgruppen für einzelne Tumorentitäten zu erreichen.

So sind die für Organ-Malignome unvergleichbar guten Therapieerfolge bei dieser Tumorentität weniger Verbesserungen einzelner Therapiemodalitäten zuzuschreiben, als vielmehr der Einsicht in die klinische Erfordernis eines ausschließlich interdisziplinären diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Die Chancen einer Kuration, insbesondere in fortgeschrittenen Stadien, und somit die Umsetzung einer Behandlungsintention mit kurativem Ziel sind gebunden an die Voraussetzung, dass ein dazu benötigtes, in aller Regel multimodales Therapiekonzept interdisziplinär erarbeitet und praktiziert wird. Grundlage hierfür sind eine fachübergreifend abgestimmte klinische und pathologische Diagnostik sowie eine mit modernen Schnittbildverfahren zu erreichende Ausbreitungsdiagnostik unter Einbeziehung von serologischen Parametern, die zusammen eine an individuellen Prognoseparametern orientierte klinische Stadien- und Prognosegruppen-Zuordnung ermöglichen. Sie bildet die Basis für die Festlegung der individuellen Behandlungsstrategie.

Die mit der Erarbeitung dieser Leitlinie von der DKG beauftragte German Testicular Cancer Study Group (GTCSG) hatte sich hierfür zum Ziel gesetzt, diese auf der Basis des heutigen Wissensstandes und neuer Erkenntnisse aus der internationalen Literatur wissenschaftlich zu begründen. Somit sollen wissenschaftlich abgesicherte Hilfestellungen für ärztliche Entscheidungsprozesse zur Diagnostik und Therapie des Hodentumors gegeben, Versorgungsergebnisse verbessert und Be-

handlungsrisiken minimiert werden. Die Leitlinie soll dazu beitragen, eine qualitativ hochwertige, auch im internationalen Vergleich bestehende medizinische Versorgung von Patienten mit malignen Hodentumoren in Deutschland zu gewährleisten.

Die Arbeitsgruppe war 1988 von Repräsentanten der in Deutschland mit dieser Tumorentität befassten Disziplinen als »Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hodentumoren« (IAH) gegründet worden. Von der IAH wurde 1996 eine »Interdisziplinäre Konsensus-Konferenz zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« abgehalten. Es resultierten konsente Empfehlungen, die 1997 publiziert wurden. Aus der IAH formierte sich 1998 nach Zusammenschluss mit der »Organgruppe Hodentumoren« der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der DKG die GTCSG. Gemeinsam sollte dabei die wissenschaftliche Basis kontinuierlich erweitert, die Qualität der von der Gruppe erarbeiteten diagnostischen und therapeutischen Standards für Hodentumoren weiter erhöht und eine breite Umsetzung der interdisziplinär erarbeiteten Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie ermöglicht werden. Dringlichkeit und Notwendigkeit hierfür waren aktuell publizierte Defizite in der Versorgung dieser Patienten in Deutschland. Eine zusätzliche aktuelle klinische Bedeutung ergab sich auch aus Statistiken, aus denen eine zunehmende Inzidenz dieser Tumorentität und steigende Mortalitätsziffern in Deutschland im internationalen europäischen Vergleich abgeleitet werden konnten.

Diese von der GTCSG vor dem Hintergrund erreichbarer hoher Kurationsraten angestrebten Zielvorstellungen, die deckungsgleich mit den Bemühungen der Deutschen Krebsgesellschaft um Qualitätssicherung in der Onkologie sind, können jedoch nur dann eine breite Akzeptanz finden und Implementierung in die klinische Versorgung erwarten lassen, wenn die erarbeiteten Empfehlungen auf einem hohen Evidenzniveau basieren und aktuellste Daten aus methodisch hochwertigen Therapiestudien Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind gesundheitsökonomische Forderungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beachten. Aus diesen Vorgaben und aufgrund von in der Zwischenzeit erarbeiteten Änderungen der therapeutischen Standards auf Basis der Ergebnisse aktueller Studien war es nach Einschätzung der GTCSG im März 1999 notwendig, den Konsensus von 1996 zu aktualisieren.

Bei dieser Überarbeitung wurde es als zweckmäßig und wissenschaftlich erforderlich angesehen, in Erweiterung des Vorgehens bei der Erarbeitung des ersten Konsensus nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (»evidence based medicine« (EBM)) vorzugehen.

Das Resultat der Überarbeitung wurde als »Interdisziplinärer Update-Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« am 21.03.2000 vorgestellt und nachfolgend von den daran beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften geprüft, gebilligt und in den Fachzeitschriften dieser Gesellschaften sowie auch international publiziert. In Abstimmung mit der DKG wurde festgelegt, den

»Update-Konsensus« der GTCSG zur interdisziplinären EBM-basierten Leitlinie des Informationszentrums für Standards in der Onkologie (ISTO) der DKG in enger Abstimmung mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften umzuarbeiten. Hierzu wurden die Überarbeitungshinweise des internationalen Review-Komitees der Zeitschrift »European Urology« für die englische Version vom April 2001 und die Stellungnahmen vom ISTO zusätzlich einbezogener Institutionen vom 14.08.2001 berücksichtigt. Forderungen der DKG nach ständiger Aktualisierung und Verbesserungen von Standards als Maßnahme eines Qualitätssicherungskonzeptes in der Onkologie sind mit dieser Leitlinie berücksichtigt worden. Sie stellt gegenüber dem »Interdisziplinären Update-Konsensus« eine weitere Aktualisierung dar. Mit ihren aktuellen Informationen kann sie dazu beitragen, das primäre Ziel aller Standards in der Medizin zu erreichen, am Wohl des betroffenen Patienten orientierte Verbesserungen in der Qualität der Krankenversorgung zu bewirken.

Diese interdisziplinäre Leitlinie aktualisiert die in der von der DKG-Schriftenreihe »Qualitätssicherung in der Onkologie« 1998 formulierten Standards in der Urologischen Onkologie zum Hodentumor. Sie schließt zugleich eine Lücke bei den fächerübergreifend erarbeiteten interdisziplinären diagnostischen und therapeutischen Standards in der Onkologie maligner Erkrankungen, die in den »Kurz gefassten Interdisziplinären Leitlinien 2000« von der DKG herausgegeben und in überarbeiteter Form zeitgleich mit dieser Leitlinie im März 2002 aktualisiert worden sind. Der Umfang des für Hodentumoren erforderlichen Algorithmus diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und der bei der angewandten Methodik der EBM dafür benötigte Literaturbezug waren maßgeblicher Grund, diese Leitlinie als eine gesonderte Publikation herauszugeben.

Diese Leitlinie ist Ergebnis einer kontinuierlichen engagierten Arbeit der namentlich angeführten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den einzelnen Arbeitsgruppen der GTCSG und mit ihr kooperierender Kollegen sowie denen der beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Ihnen allen gilt unser besonderer Dank. In den Dank schließen wir gerne ebenso *Frau Dr. Schmitt-Thomas* als Koordinatorin und *Herrn Prof. Junginger* als Vorsitzenden des ISTO sowie den Verlag W. Zuckschwerdt ein.

März 2002

Dr. med. Rainer Souchon
Prof. Dr. med Hans-Joachim Schmoll
Dr. med. Susanne Krege

als Herausgeber und für die German Testicular Cancer Study Group (GTCSG)

Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM)

1. Einleitung

1996 wurde von der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Hodentumoren (IAH), in der Vertreter an der Behandlung von Hodentumoren beteiligter Arbeitsgruppen der Deutschen Krebsgesellschaft (AIO, AUO, ARO) zusammenarbeiten, ein »Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« erarbeitet und publiziert (1, 2). 1998 erfolgte der Zusammenschluss der IAH mit der »Organgruppe Hodentumoren« der »Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)« zur »German Testicular Cancer Study Group« (GTCSG). Aufgrund von in der Zwischenzeit veröffentlichten Studien wurden von der GTCSG eine Aktualisierung für die diagnostischen und therapeutischen Standards und somit eine Überarbeitung des Konsensus von 1996 für notwendig erachtet. Zielsetzung dabei war es, auf der Basis aktueller Erkenntnisse in der internationalen Literatur wissenschaftlich begründete Hilfestellungen für ärztliche Entscheidungsprozesse zu formulieren, dadurch die Versorgungsergebnisse zu verbessern, die Behandlungsrisiken zu minimieren und somit eine qualitativ hochstehende, auch im internationalen Vergleich bestehende medizinische Versorgung von Patienten mit Hodentumoren in Deutschland zu gewährleisten.

Die Überarbeitung und Aktualisierung wurden in Erweiterung des Vorgehens bei der Erarbeitung des ersten Konsensus nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (EBM) in einem mehrstufigen Prozess vorgenommen (3–7). Vertreter von Patientengruppen wurden nicht in das Verfahren einbezogen.

Durch die interdisziplinär besetzte Strukturkommission der GTCSG wurden für die Überarbeitung als relevant angesehene Themenkomplexe definiert und für die einzelnen Themen Fragen formuliert. Die Themenkomplexe wurden von Arbeitskreisen systematisch auf der Grundlage aktueller Literaturdaten recherchiert. Das methodische Vorgehen entsprach dem der Cochrane Collaboration, deren Bewertungskriterien übernommen wurden (4, 6, 7). Die Publikationen wurden hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenz analysiert. Unter Beachtung von klinischer Relevanz, Qualität und Validität der Daten erfolgten die Zuordnungen zu entsprechenden EBM-Stufen, die den von der US Agency for Health Care Policy and Research definierten entsprechen (6) (Tabelle I). In Übereinstimmung mit den Bemühungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) um Qualitätssicherung in der Onkologie wurden dabei auch gesundheitsökonomische Forderungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berücksichtigt (3, 5).

Tabelle I. Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz (abnehmend von Stufe IA bis IV) nach Definition der US Agency for Health Care Policy and Research in der Anwendung von der Cochrane Collaboration (6).

Stufe	Evidenztyp
IA	Evidenz aufgrund von Meta-Analysen randomisierter klinischer Studien in systematischen Übersichtsarbeiten
IB	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
IIA	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIB	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z.B. Fallkontrollstudien, retrospektiv)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten ohne transparenten Beleg

Das Ergebnis wurde als »Interdisziplinärer Update-Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« auf dem 24. Deutschen Krebskongress am 21.03.2000 vorgestellt und nachfolgend von den daran beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Arbeitskreis Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (AKO der DGU), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) und der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)) geprüft, gebilligt und in den Fachzeitschriften dieser Gesellschaften sowie international publiziert (8–11). Dieser Text ist die Grundlage für die Leitlinie. Für deren Erstellung wurden sowohl Ergebnisse zwischenzeitlich publizierter Studien als auch Änderungs- bzw. Ergänzungshinweise weiterer vom Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) der DKG einbezogener Fachgesellschaften und Institutionen (s.u.) berücksichtigt und im August 2001 – so weit erforderlich – in den vorliegenden Text integriert. Eine Überarbeitung der Leitlinie ist in zweijährigen Abständen vorgesehen. Über die Internetseiten der GTCSG (<http://www.hodenkrebs.de> oder <http://www.hodenkrebs.com>) können die »Interdisziplinären Update-Konsensus«-Empfehlungen und die Leitlinie (auch <http://www.krebsgesellschaft.de>) in ihrer aktuellen Version bezogen werden.

2. Anamnestische Angaben zu Risikofaktoren

Neben dem kontralateralen Hodentumor (EBM IIA: 12–15) sind auch Maldeszen-sus/Kryptorchismus (EBM IIA: 16–18, EBM IIB: 19, 20) und Hodentumoren bei erstgradigen Verwandten (EBM IIB: 21–24) gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung eines Keimzelltumors und sollten daher in der Anamnese berücksichtigt werden.

3. Sicherung der Diagnose

Die Diagnostik beim gonadalen Primärtumor umfasst Palpation und Sonographie der Hoden (mindestens 7,5 MHz-Schallkopf) (EBM IV: 25) sowie die Bestimmung der Tumormarker AFP, β -HCG, LDH und beim Seminom fakultativ PLAP (EBM IIA: 26–32).

Besteht bei einem jungen Mann eine retroperitoneale und/oder mediastinale Raumforderung, ist auch an einen extragonadalen Keimzelltumor zu denken. Die Diagnose wird durch Erhöhung der genannten Tumormarker verifiziert. Bei einem Drittel der Fälle besteht gleichzeitig eine testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN). Diese kann mittels Hodenbiopsie gesichert werden. In der Regel erfolgt jedoch zunächst eine systemische platinbasierte Chemotherapie aufgrund des extragonadalen Befundes. Die notwendige sekundäre Abklärung der Hoden sollte frühestens sechs Monate nach Abschluss der Chemotherapie durchgeführt werden (EBM IIA: 26–32, EBM VI: 25). Bei unauffälligen Tumormarkerwerten können eine Diagnosesicherung durch Biopsie aus dem Tumorprozess erfolgen oder unter der Verdachtsdiagnose eines extragonadalen Keimzelltumors das Ansprechen auf die Chemotherapie beobachtet und das weitere Vorgehen festgelegt werden.

4. Behandlung des Primärtumors und kontralaterale Hodenbiopsie

Orchiektomie

Grundsätzlich wird zunächst der Primärtumor entfernt mit Ausnahme einer ausgedehnten, vital bedrohlichen Metastasierung, bei der primär mit der Chemotherapie begonnen wird und die Primärtumorentfernung nach deren Abschluss erfolgt (EBM IIB: 33, 34). Die Semikastratio erfolgt über einen inguinalen Zugang (EBM IIA: 35, EBM IIB: 36, 37). Der tumortragende Hoden wird mit Samenstrang in Höhe des inneren Leistenringes abgesetzt. Bei makroskopisch unklarer Dignität muss eine intraoperative Schnellschnittdiagnostik zur Klärung vorgenommen werden (EBM IIB: 38–40).

Organerhaltende Operation

Bei synchronen bilateralen Tumoren, metachronem kontralateralen Tumor oder Solitärhoden und präoperativ normalem Testosteronspiegel sollte die Möglichkeit eines organerhaltenden Vorgehens in Betracht gezogen werden (EBM IIB: 41–43). Die Operation sollte in kalter Ischämie erfolgen. Dabei müssen vom Tumorgrund und aus der Peripherie Biopsien entnommen werden. Zur Eradikation der immer vorliegenden testikulären intraepithelialen Neoplasie ist postoperativ eine Radiotherapie des Hodens mit 20 Gy erforderlich (EBM IIB: 15, 41–44).

Diagnose einer intraepithelialen Neoplasie

Bei 5% der Patienten mit Hodentumoren liegt im kontralateralen Hoden eine TIN vor, die durch eine offene Biopsie in 99% der Fälle nachgewiesen werden kann. Bei Hodenvolumen < 12 ml und Alter < 30 Jahre beträgt das Risiko für das Vor-

liegen einer TIN > 34% (EBM IIA: 15, 44, 45). Zumindest bei diesen Konstellationen wird daher eine kontralaterale Hodenbiopsie empfohlen. Diese geschieht über einen Skrotalschnitt am ehesten im Rahmen der Ablatio testis (EBM IIA: 15, 44). Die Konservierung der kontralateralen Biopsie muss in Stieve- oder Bouin-Lösung erfolgen (nicht Formalin!) (EBM IIB: 46, 47).

5. Pathologische Diagnostik

Die Makropräparation des Hodens erfolgt vollständig, quer lamelliert. Mehrere Querschnitte werden durch den Samenstrang gelegt. Für die Beurteilung der Gewebeentnahmen ist es erforderlich, dass pro Zentimeter Tumor eine Scheibe (Block), jedoch mindestens drei insgesamt, sowie Blöcke aus der unmittelbaren Tumorumgebung und aus dem tumorfernen Hodengewebe histologisch untersucht werden. Weitere Entnahmen müssen aus dem Samenstrangabsetzungsrand und aus einem hodennahen (1 cm Abstand) Querschnitt vom Samenstrang erfolgen.

Die Tumoren werden entsprechend der WHO-Klassifikation (48) klassifiziert. Die Definition eines anaplastischen Seminoms wurde gestrichen.

Immunhistochemische Untersuchungen an Gewebe von Hodentumoren sind zur genaueren Charakterisierung der einzelnen Tumorkomponenten, zur Klärung differentialdiagnostischer Fragen und zur Erfassung einer Gefäßinvasion indiziert. Da die Gefäßinvasion die T-Kategorie beeinflusst, ist eine Endotheldarstellung obligat, wenn die Gefäßinvasion nicht sicher evident ist (was nur bei einem kleinen Teil der Fälle zutrifft). Weil die Therapie von einer zuverlässigen Unterscheidung zwischen seminomatös und nichtseminomatös abhängt, ist bei Seminomen eine Zytokeratin-Darstellung ebenfalls obligat, da sonst kleine Herde eines embryonalen Karzinoms übersehen werden können. CD-30, AFP, β -HCG und PLAP können fakultativ bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in der Abgrenzung einzelner Tumorkomponenten benutzt werden (embryonales Karzinom, Dottersacktumor, Chorionkarzinom, TIN).

Das histopathologische Gutachten, das nach den Richtlinien der Basisdokumentation für Tumorkranke (49) erstellt werden sollte, muss folgende Angaben enthalten: Tumorlokalisation (50) und -größe, Seitenangabe, Hodendystopie, Tumorausbreitung (Rete testis, Tunica albuginea, Tunica vaginalis, Nebenhoden, Samenstrang, Skrotum), Blut- und Lymphgefäßinvasion, pT-Kategorie nach der Klassifikation der UICC 1997 (51), histologischer Typ (WHO-ICD-0), intratubuläre Keimzellneoplasie (TIN).

Bei pluriform strukturierten Tumoren sind fakultativ die nachgewiesenen Strukturen und ihr geschätzter prozentualer Anteil, bei Seminomen der Nachweis von Synzytiotrophoblasten, bei spermatozytischen Seminomen eine zusätzliche Sarkomkomponente anzugeben.

Der morphologische Nachweis einer testikulären intraepithelialen Neoplasie erfolgt lichtmikroskopisch am HE-Präparat mit immunhistologischem Nachweis der PLAP oder im Semidünnschnitt (bei entsprechender Erfahrung). – Weitere Einzelheiten sind der vom Berufsverband Deutscher Pathologen herausgegebenen An-

wendungsleitlinie »Pathologische Diagnostik von Hodentumoren« zu entnehmen, die in Kürze publiziert wird.

6. Ausbreitungsdiagnostik

Die nachfolgenden Angaben zur Wertigkeit der jeweiligen bildgebenden Diagnostikverfahren beruhen in der Regel nicht auf prospektiven Phase-III-Studien, so dass eine EBM-Graduierung im Einzelnen nicht vorgenommen werden kann; allerdings ist die Validität der Angaben dem EBM-Grad IIA (analog der Genauigkeit von Phase-III-Studien) gleichzusetzen, da das Ergebnis der Bildgebung in der Regel mit der histopathologischen Diagnose korreliert wird (52, 53).

Die Computertomographie (CT) von Thorax und Abdomen/Becken mit oralem und intravenös zu verabreichendem Röntgenkontrastmittel ist das Standardverfahren zur Festlegung der klinischen Stadienausbreitung (54–59). Unter Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer zum Geräte- und Untersuchungsstandard (60–62) werden für das Spiral-CT des Thorax und der Leber die Parameter 5/8/4 mm (Kollimation/Tischvorschub/Inkrement), für die des übrigen Abdomen die Parameter 8/10/8 mm empfohlen.

Für die Beurteilung der Lunge und des Mediastinum ist die Computertomographie sensibler im Vergleich zur Röntgenuntersuchung des Thorax. Eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane in zwei Ebenen kann in der Primärdiagnostik die CT-Thoraxuntersuchung nicht ersetzen (58, 59). Es muss allerdings beachtet werden, dass pulmonale/pleurale knotige Veränderungen < 1 cm zu falsch positiven Bewertungen führen können (56, 58, 59, 63, 64).

Auch mit einer Computertomographie des Abdomens/Beckens ist die Differenzierung der klinischen Stadien I und IIA nur begrenzt möglich aufgrund falsch positiver bzw. falsch negativer Befunde von bis zu 30% wegen schwieriger Differenzierung der Lymphknotendignität aufgrund morphologischer Größenbestimmung (55–57, 65–67). Eine Sonographie des Retroperitoneums ist für das Staging unzureichend; sie weist im Vergleich zum CT geringere Sensitivität und Treffsicherheit auf (55, 68). Eine MRT des Abdomens/Beckens hingegen bringt keinen zusätzlichen diagnostischen Gewinn und ist daher nur bei Kontraindikation gegen die intravenöse Applikation von Röntgenkontrastmitteln (CT-Untersuchung) einzusetzen (69–71). Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) führt zu falsch negativen Befunden bei differenzierten Teratomen, falsch positiven bei entzündlichen Reaktionen und kann Mikrometastasen nicht nachweisen; sie ist daher auf Studien beschränkt (72–80). Skelettszintigraphie und Schädel-CT sind nur bei fortgeschrittener Erkrankung und Vorliegen von »intermediate« oder »poor prognosis«-Charakteristika der International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG) (81, 82) oder klinischer Symptomatik erforderlich (EBM IV: 83–85). Für die Stadieneinteilung wird die TNM-Klassifikation der UICC 1997 (51) verwendet, in der auch die Tumormarker AFP, β -HCG und LDH berücksichtigt sind. Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung sind darüber hinaus den Prognosegruppen nach den Kriterien der IGCCCG zuzuordnen: gute, intermediäre und schlech-

te Prognose (siehe Tabelle II) (81, 82). Die Prognoseklassifikation nach IGCCCG und die TNM-Klassifikation sind kongruent und Grundlage für die Festlegung der individuellen Behandlungsstrategie.

7. Fertilität und therapiebedingte gonadale Toxizität

Im Rahmen der Primärdiagnostik sollten bei noch bestehendem Kinderwunsch Gesamttestosteron, LH und FSH bestimmt und ein Spermiogramm – mit Hinweis auf die Möglichkeit einer Kryokonservierung des Ejakulates! – durchgeführt werden (EBM IV: 86–89). Liegen bilaterale Hodentumoren oder ein Hodentumor mit kontralateraler testikulärer intraepithelialer Neoplasie vor, ist der Patient auf die Möglichkeit einer Kryokonservierung, bei Azoospermie auf die einer testikulären Spermienextraktion (TESE) hinzuweisen (EBM IV: 88, 90–94). – Eine Kontrazeption während der onkologischen Behandlung und ein Jahr danach wird empfohlen, obwohl es keinen Nachweis für eine Erhöhung des Risikos von Missbildungen bei nachfolgend geborenen Kindern gibt (EBM III: 95).

Im Verlauf sind bei fortbestehendem Kinderwunsch frühestens ein Jahr nach abgeschlossener Therapie erneute Hormon- und Ejakulatuntersuchungen, wie oben angeführt, sinnvoll. Umfang und Zeitpunkte weiterer Kontrollen orientieren sich an der durchgeführten Therapie. Bei Auftreten klinischer Symptome eines Androgenmangels sollten Hormonbestimmungen (Testosteron und LH) auch bei fehlendem Kinderwunsch durchgeführt werden.

Nach bilateraler Orchiektomie muss eine Testosteron-Substitutionstherapie lebenslang erfolgen; nach einseitiger Ablatio testis oder Orchiektomie ohne oder mit kontralateraler Enukleation oder bei testikulärer intraepithelialer Neoplasie richtet sich die Substitutionstherapie nach den Testosteronwerten und klinischer Symptomatik (EBM I–IV: 96, 97).

8. Prognosefaktoren

8.1 Prognosefaktoren bei Frühstadien

Seminom CS I: Signifikante, jedoch nicht prospektiv evaluierte unabhängige prognostische Parameter einer okkulten Metastasierung des Seminoms sind Tumorgröße (≥ 4 cm) und Infiltration des Rete testis (EBM III: 98, 99). Patientenalter (< 34 Jahre) und vorhandene vaskuläre Invasion sind von fraglicher prognostischer Relevanz (EBM IIA: 100, 101, EBM III: 101, 102).

Nichtseminom CS I: Eine venöse und/oder lymphatische Infiltration von Tumorzellen (vaskuläre Invasion (VI)) im Primärtumor ist der entscheidende Prognosefaktor für eine okkulte Metastasierung (EBM IIA: 103–107, EBM IIB: 108–111, EBM III: 63, 111, 112). 48% der Patienten mit VI gegenüber 14 bis 22% ohne VI entwickeln Metastasen (EBM IIB: 110). Der Nachweis und Anteil von embryo-

nalem Karzinom am Gesamttumor ist der nächst relevante Prognosefaktor, der zur Zeit jedoch klinisch keine Bedeutung hat (EBM IIB: 106, 108, 110, EBM III: 63, 112–117).

Nichtseminom PS IIA/B: Die Ausdehnung des retroperitonealen Befundes (< 2 cm vs. 2 bis 5 cm) (PS IIA vs. PS IIB) und die vaskuläre Invasion im Primärtumor sind prognostische Faktoren für das Auftreten eines Rezidivs, wenn keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt wird (EBM III: 118, 119).

8.2 Prognosefaktoren bei fortgeschrittenen Stadien

Patienten mit fortgeschrittenen Stadien werden nach IGCCCG in drei Prognosegruppen eingeteilt (EBM IA–III: 81, 82) (Tabelle II):

Tabelle II. Prognoseklassifikation der IGCCCG (81, 82).

Gute Prognose		5-Jahres-Überlebensrate ca. 90%
Nichtseminom		
Testis/primärer retroperitonealer Tumor und »niedrige Marker« und keine nicht-pulmonalen viszerale Metastasen		»niedrige Marker«: ► AFP < 1.000 ng/ml, ► β -HCG < 1.000 ng/ml (< 5.000 IU/l) ► LDH < 1,5 $\times$ Normalwert
Seminom		
jede Primärlokalisation, jede Markerhöhe und keine nicht-pulmonalen viszerale Metastasen		
Intermediäre Prognose		5-Jahres-Überlebensrate ca. 80%
Nichtseminom		
Testis/primärer retroperitonealer Tumor und »intermediäre Marker« und keine nicht-pulmonalen viszerale Metastasen		»intermediäre Marker« ^a : ► AFP 1.000–10.000 ng/ml ► β -HCG 1.000–10.000 ng/ml (5.000–50.000 IU/l) ► LDH 1,5 –10 $\times$ Normalwert
Seminom		
jede Primärlokalisation, jede Markerhöhe und nicht-pulmonale viszerale Metastasen (Leber, ZNS, Skelett, Intestinum)		
Schlechte Prognose		5-Jahres-Überlebensrate ca. 50%
Nichtseminom		
primärer mediastinaler Keimzelltumor oder Testis/retroperitonealer Tumor mit nicht-pulmonalen viszerale Metastasen (Leber, ZNS, Skelett, Intestinum) oder »hohem Marker«		»hohe Marker« ^a : ► AFP > 10.000 ng/ml, ► β -HCG > 10.000 ng/ml (50.000 IU/l) ► LDH > 10 $\times$ Normalwert

^a mindestens 1 Laborparameter muss die Bedingung erfüllen

Der prognostische Wert eines vorübergehenden Tumormarkeranstiegs nach Therapiebeginn oder eines nicht zeitgerechten Markerabfalls ist nicht gesichert (EBM III: 120). Patienten mit Progress während oder innerhalb von vier Wochen nach cisplatinhaltiger Primärtherapie haben eine sehr schlechte Prognose (EBM IIB: 121). Bei Vorliegen eines Rezidivs sind Lokalisation und Histologie des Primärtumors, Ansprechen auf die Primärtherapie, Dauer der vorangegangenen Remission und Höhe der Tumormarker AFP und β -HCG gesicherte Faktoren mit Einfluss auf das weitere Überleben (EBM IIB: 121).

9. Therapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie

Bei Nachweis einer testikulären intraepithelialen Neoplasie (TIN) ist eine Therapie sinnvoll, da die kumulative Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Hodentumors nach sieben Jahren 70% beträgt (EBM IIB: 122). Durch Orchiektomie oder Radiotherapie wird das residuelle Potential der Fertilität vernichtet, durch eine Chemotherapie vorübergehend reduziert. Da die Tumorentwicklung aus der testikulären intraepithelialen Neoplasie zumeist verzögert abläuft, ist bei Patienten mit Kinderwunsch eine abwartende Strategie gerechtfertigt, vorausgesetzt, es bestehen eine (zur assistierten Konzeption ausreichende) Restspermiogenese und die Bereitschaft zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.

Die definitive Therapie hängt von der Gesamtsituation des Patienten ab (Übersicht: 123 (EBM IV)). Liegt eine testikuläre intraepitheliale Neoplasie im Einzelhoden vor (zum Beispiel kontralaterale testikuläre intraepitheliale Neoplasie bei Hodentumor), so ist eine Strahlentherapie mit 18 Gy das geeignete Vorgehen (EBM III: 92, 124, 125). Die Dosis wird in neun Fraktionen von je 2 Gy innerhalb von zwei Wochen eingestrahlt. Halbjährliche Kontrollen des Serumtestosterons sind notwendig. Eine Kontrollbiopsie ist nicht erforderlich. Eine Ablatio testis ist sinnvoll, wenn ein gesunder kontralateraler Hoden vorhanden ist und eine Bestrahlungsbehandlung der testikulären intraepithelialen Neoplasie den gesunden Hoden gefährdet (Streustrahlung) oder eventuell auch bei prätherapeutisch bereits stark atrophischem Hoden. Wenn primär eine Chemotherapie geplant ist, sollte die Radiotherapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie zurückgestellt werden, da durch die Summation von Chemotherapie und Strahlentherapie zu starke Schäden an den Leydig-Zellen zu erwarten sind und etwa zwei Drittel der Fälle mit intraepithelialer Neoplasie allein durch eine Chemotherapie geheilt werden (EBM IIB: 125, 126). Findet sich sechs Monate nach Chemotherapie in der Kontrollbiopsie eine Persistenz der intraepithelialen Neoplasie, sollte sekundär bestrahlt werden.

10. Therapie des Seminoms CS I

Das Risiko einer okkulten Metastasierung in den lokoregionären Lymphknoten im Stadium I beträgt ca. 20% (EBM IIB: 100, 127–129). Dennoch wird eine Hei-

lungsrate von nahezu 100% erzielt. Sie kann mit zwei Strategien erreicht werden: adjuvante Strahlentherapie mit Verminderung des Rezidivrisikos auf 3 bis 4% (EBM IB: 130, 131, EBM IIA: 132–134) oder »Surveillance« mit definitiver Therapie nur bei Rezidiv (Radiotherapie oder Chemotherapie). Entsprechend einer Metaanalyse der publizierten »wait-and-see«-Studien besteht ein höheres Rezidivrisiko bei Patienten mit einer Primärtumorgröße von > 4 cm oder bei einer Invasion des Rete testis (EBM III: 98, 99, 135). Diese Risikofaktoren sind jedoch bisher nicht prospektiv evaluiert worden, sodass ein risikoadaptiertes Vorgehen derzeit nicht gesichert ist.

Das Zielvolumen bei adjuvanter Radiotherapie umfasst die infradiaphragmalen paraaortalen/parakavalen Lymphabflussgebiete (EBM IB: 130, 131, EBM IIA: 132, 133). Die kraniale Feldgrenze entspricht der Oberkante des Brustwirbelkörpers 11 (EBM IB: 130, 131, EBM IIA: 132, 133), die kaudale der Unterkante des Lendenwirbelkörpers 5. Die lateralen Feldgrenzen werden auf der Seite des Hodentumors durch den einzubeziehenden ipsilateralen Nierenhilus, kontralateral durch die Enden der lumbalen Wirbelkörperquerfortsätze definiert (EBM IB: 130, 131, EBM IIA: 132, 133). Die Gesamtdosis der Bestrahlung wird in Einzeldosen von 2,0 Gy mit 5 Fraktionen pro Woche appliziert. In Abänderung der Empfehlung des aktualisierten »Interdisziplinären Konsensus« aus dem Jahr 2000 (8–11) ist eine Gesamtdosis von 20 Gy ausreichend (bisher: 26 Gy). Diese aktuellen Änderungen bezüglich der erforderlichen Gesamtdosis, der ipsilateralen und der kaudalen Feldgrenzen begründen sich in den aktuell vorgelegten Ergebnissen der prospektiven randomisierten Studien TE18 und TE19 der Testicular Tumour Working Party des Medical Research Council unter Einbeziehung von mehr als 1000 Patienten. Hierbei wurden Gesamtdosen von 20 Gy oder 30 Gy appliziert und die Rezidivraten zwei Jahre nach Therapieabschluss verglichen. Es zeigten sich nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von vier Jahren keine Unterschiede (EBM IB: 131) – (die Empfehlung im »Update-Konsensus« basierte auf nicht-randomisierten Studien mit definierter Gesamtdosis von 26 Gy und im Vergleich zu den in den TE18- und TE19-Studien »knapperen« Zielvolumina (EBM IIA: 132)). Die Bestrahlungen sollten an Linearbeschleunigern erfolgen. Eine Erweiterung des Bestrahlungsfeldes auf ipsilaterale iliakale, inguinale oder skrotale Bereiche bei anamnestischem Maldescensus testis, inguinaler oder skrotaler Voroperation oder pT3/4-Primärtumoren ist nicht erforderlich (EBM IIA: 35, EBM IIB: 136, EBM III: 137, 138).

Es ist nicht gesichert, dass eine adjuvante Carboplatintherapie gleiche Ergebnisse wie eine Radiotherapie erreicht. Ähnliche Ergebnisse sind zu erwarten (EBM IIB: 139–141), allerdings ist die Anzahl notwendiger Therapiezyklen noch unklar (EBM IIB: 139, 142). Außerhalb aktueller Studien ist eine Carboplatintherapie nicht indiziert.

Hinsichtlich der Bewertung, ob adjuvante Strahlenbehandlung und Surveillance als gleichwertig anzusehen sind, konnte kein Konsens erzielt werden, sodass keine Empfehlung ausgesprochen wird, welche der beiden Strategien als Standardvorgehen bevorzugt werden sollte. Stattdessen werden im Folgenden die Vor- und Nachteile beider Optionen, adjuvante Radiotherapie und Surveillance, dargestellt:

10.1 Adjuvante Radiotherapie

Vorteile:

- die möglichen Akutnebenwirkungen sind mild bis moderat (EBM IIA: 132),
- die Rezidivrate beträgt 3 bis 4%; Rezidive treten nur außerhalb des Bestrahlungsvolumens auf (EBM IB: 130, EBM IIA: 132, EBM IIB: 143, 144).

Nachteile:

- die Radiotherapie bedeutet für ca. 80% der Patienten eine Übertherapie, da diese auch ohne adjuvante Radiotherapie rezidivfrei bleiben,
- es besteht prinzipiell ein Risiko radiogener Induktion von Zweitmalignomen (EBM III: 145–147); allerdings liegen keine Daten über die Risikohöhe bei heutiger Radiotherapie mit reduzierten Dosen und Zielvolumina vor.

10.2 Surveillance

Vorteil:

- ca. 80% der Patienten benötigen nach der Orchiektomie über die Nachsorge hinaus keine weitere Therapie.

Nachteile:

- die Rezidivrate beträgt ca. 20% (97% retroperitoneal/hoch iliakal) (EBM IIB: 98, 100, 102, 129, 148, 149); Rückfälle können spät auftreten (bis zu neun Jahren nach Diagnose des Primärtumors) (EBM IIB: 100, 129, EBM III: 150), so dass eine verlängerte Nachsorge dieser Patienten notwendig ist,
- bei diesen Patienten ist die nachfolgende Therapie intensiver (drei Viertel der Patienten benötigen eine höher dosierte und ausgedehntere Strahlentherapie, ein Viertel eine Chemotherapie) (EBM IIB: 149, EBM III: 128),
- aufgrund des höheren Rezidivrisikos besteht möglicherweise eine höhere psychische Belastung (EBM III: 151),
- innerhalb der ersten fünf Nachsorgejahre sind zusätzliche (sechs) CT-Abdomenuntersuchungen notwendig.

11. Therapie des Seminoms CS IIA/B

Die Standardtherapie im klinischen Stadium IIA/B des Seminoms ist die Bestrahlung. Das Zielvolumen umfasst die retroperitonealen paraaortalen und ipsilateral iliakalen Lymphstationen. Die kraniale Feldgrenze entspricht der Oberkante des Brustwirbelkörpers 11, die kaudale Feldgrenze dem Oberrand des Acetabulums. Im Stadium IIA entsprechen die lateralen Feldgrenzen den Abschlüssen der Wirbelkörperquerfortsätze, im Stadium IIB werden sie individuell an die Ausdehnung der Lymphome angepasst. Es ist darauf zu achten, dass die Lymphome mit einem Sicherheitsabstand von 1 bis 1,5 cm erfasst werden. Im klinischen Stadium IIA

werden 30 Gy, im Stadium IIB 36 Gy homogen verabreicht; die Fraktionierung beträgt 5-mal 2 Gy pro Woche (EBM IIB: 152). Die Dosisspezifikation erfolgt auf die Mitte des Zentralstrahls (gemäß ICRU-Report 50). Vier bis sechs Wochen nach Abschluss der Therapie erfolgt eine computertomographische Kontrolle zur Beurteilung des Ansprechens der Therapie (EBM IIB: 152, EBM III: 153–161).

Eine Erweiterung des Bestrahlungsfeldes auf den kontralateralen iliakalen, inguinalen oder skrotalen Bereich bei anamnestischem Maldescensus testis, inguinaler oder skrotaler Voroperation oder pT3/4-Primärtumoren ist nicht erforderlich (EBM IIA: 35, EBM III: 137, 162).

Das rezidivfreie Überleben nach vier Jahren beträgt 92,5% im Stadium IIA/B (EBM IIB: 132). Wegen Rezidivraten in den Stadien IIA von knapp 5% bzw. IIB von 11% wird zurzeit in Studien geprüft, ob eine Chemotherapie oder eine kombinierte Radio-/Chemotherapie die mit alleiniger Bestrahlungsbehandlung erreichten Ergebnisse verbessern können (EBM IIB: 163).

12. Therapie des Nichtseminoms CS I

Die Heilungsrate beträgt unabhängig vom therapeutischen Vorgehen 99%. Dies kann mit zwei Therapiestrategien erreicht werden: der retroperitonealen Lymphadenektomie (RLA) oder einer risikoadaptierten Therapie mit Surveillance für Patienten mit niedrigem Risiko und adjuvanter Chemotherapie für die mit hohem Risiko (s.u.). Eine Radiotherapie wird nicht als adäquate Therapiealternative zur Surveillance angesehen (EBM IB: 164). Hinsichtlich der Bewertung, ob beide Strategien als gleichwertig anzusehen sind, konnte kein Konsens erzielt werden, sodass keine Empfehlung ausgesprochen wird, welche der beiden Strategien als Standardvorgehen bevorzugt werden sollte. Stattdessen werden im Folgenden die Vor- und Nachteile beider Optionen dargestellt.

Bei korrekt durchgeführtem klinischen Staging haben 17% (EBM III: 165) bis 30% (EBM III: 62, 166) dieser Patienten okkulte retroperitoneale Metastasen; weitere 8% (EBM III: 167) werden Lungenmetastasen entwickeln.

Eine vaskuläre Invasion (VI) ist der einzige bisher in prospektiven klinischen Studien als signifikant identifizierte Risikofaktor für eine okkulte Metastasierung. 48% der Patienten mit VI (High-risk-Gruppe) entwickeln Rezidive, die bei 61% retroperitoneal und bei 25% pulmonal auftreten (EBM IIB: 110). Bei Patienten ohne nachgewiesene VI (Low-risk-Gruppe) tritt in 14 bis 22% ein Rezidiv auf (EBM IIA: 104, 106, 115). Die Beurteilung einer vaskulären Invasion zeigt bei > 30% der Fälle Unterschiede zwischen lokaler und Referenzpathologie (EBM III: 119).

Eine prospektive Evaluation der Risikofaktoren und der zur Verfügung stehenden Vorgehensweisen erfolgt zurzeit in einer Studie der Arbeitsgruppe.

Die Vor- und Nachteile der beiden Vorgehensweisen werden im Folgenden beschrieben:

12.1 Primär operatives Vorgehen ohne Risikoadaptation

Vorteile gegenüber dem risikoadaptierten Vorgehen (12.2):

- das Tumorstadium wird histopathologisch gesichert,
- das Risiko für die Entwicklung von retroperitonealen Metastasen wird auf 0 bis 2% gesenkt im Vergleich zur Surveillance-Strategie (EBM IIA: 168, EBM III: 166, 169),
- 62 bis 75% dieser Patienten benötigen nachfolgend keine Chemotherapie,
- einfachere Nachsorge, da in erster Linie pulmonale Rezidive (8%) auftreten.

Nachteile gegenüber dem risikoadaptierten Vorgehen (12.2):

- operatives Vorgehen bedeutet für 70 bis 83% der Patienten eine Übertherapie, da diese auch ohne Operation rezidivfrei bleiben,
- die akute operative Morbidität beträgt ca. 9% (EBM III: 170),
- nach Operation kann ein Ejakulationsverlust auftreten (2% der Patienten in Zentren!) (EBM III: 166, 169),
- bei 8 bis 10% der Patienten treten trotz Operation Lungenmetastasen und/oder retroperitoneale Rezidive bzw. eine ausschließliche Erhöhung der Tumormarker in den ersten beiden Jahren nach Operation auf (EBM III: 167).

12.2 Risikoadaptiertes Vorgehen mit Surveillance bei »low-risk« und adjuvanter Chemotherapie bei »high-risk«

12.2.1 Surveillance für »low-risk«-Gruppe (keine vaskuläre Invasion im Primärtumor; Risiko für retroperitoneale und/oder pulmonale Metastasierung: 14–22% (EBM IIA: 104, 106, 115))

Vorteil gegenüber primärem operativem Vorgehen (RLA) (12.1):

- 78 bis 86% der Patienten benötigen nach der Orchiektomie über die Nachsorge hinaus keine weitere Therapie.

Nachteile gegenüber primärem operativem Vorgehen (RLA) (12.1):

- 14 bis 22% der Patienten benötigen eine Chemotherapie beim Rezidiv ($3 \times \text{PEB}^1$) im Vergleich zu 8 bis 10% nach RLA,
- aufgrund des höheren Rezidivrisikos besteht möglicherweise eine höhere psychische Belastung (EBM III: 151),
- innerhalb der ersten fünf Nachsorgejahre sind zusätzliche (sechs) CT-Abdomenuntersuchungen notwendig.

12.2.2 Adjuvante Chemotherapie ($2 \times \text{PEB}^1$) für die »high-risk«-Gruppe (Nachweis einer vaskulären Invasion im Primärtumor; Risiko für retroperitoneale und/oder pulmonale Metastasierung ohne adjuvante Chemotherapie 48%, mit adjuvanter Chemotherapie 3% (EBM IIB: 110))

¹ PEB: Cisplatin, Etoposid (VP 16), Bleomycin

Vorteile gegenüber primär operativem Vorgehen (12.1):

- über die Orchiektomie hinaus ist keine weitere Operation erforderlich,
- das Rezidivrisiko ist niedrig mit ca. 3% (EBM IIA: 171, EBM III: 172),
- die Nachsorge ist einfacher.

Nachteile gegenüber primär operativem Vorgehen (12.1):

- adjuvante Chemotherapie bedeutet für 52% der Patienten eine Übertherapie, da diese auch ohne Chemotherapie rezidivfrei bleiben,
- es treten chemotherapieassoziierte Akuttoxizitäten durch zwei Zyklen Chemotherapie auf,
- es kommt zur vorübergehenden Beeinträchtigung der Fertilität für ca. 3 Jahre (EBM IIA: 171, EBM IIB: 173),
- es besteht prinzipiell ein Risiko der Induktion von Zweitmalignomen durch Zytostatika (EBM III: 145–147), allerdings liegen keine Daten über Risikohöhe bei Applikation von nur zwei Zyklen PEB vor (bisher kein Fall berichtet).

13. Therapie des Nichtseminoms CS IIA/B

Die Heilungsrate beim Nichtseminom CS IIA/B beträgt $\geq 98\%$. Diese kann mit drei verschiedenen Strategien erreicht werden, die sich im Ausmaß der Therapie und den Morbiditäten unterscheiden:

- ▶ primäre nervschonende Lymphadenektomie und adjuvante Chemotherapie ($2 \times \text{PEB}$)(Option 1),
- ▶ primäre nervschonende Lymphadenektomie ohne adjuvante Chemotherapie (Option 2),
- ▶ primäre Chemotherapie +/- Residualtumorresektion (Option 3).

Ein risikoadaptiertes Vorgehen ist nicht möglich, da die bekannten Faktoren nicht prospektiv evaluiert worden sind.

Hinsichtlich der Bewertung, ob die drei Strategien als gleichwertig anzusehen sind, konnte kein Konsens erzielt werden, sodass keine Empfehlung ausgesprochen wird, welche dieser Strategien als Standardvorgehen bevorzugt werden sollte. Stattdessen werden im Folgenden die Vor- und Nachteile beider Optionen dargestellt:

13.1 Primäre nervschonende Lymphadenektomie und adjuvante Chemotherapie ($2 \times \text{PEB}$)(Option 1)

Vorteil gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- 12 bis 13% der Patienten wird eine Chemotherapie im Vergleich zur Option 3 erspart, da ein Stadium PS I (EBM IB: 174, EBM IIA: 175) festgestellt wird,
- innerhalb der ersten fünf Nachsorgejahre sind drei CT-Abdomenuntersuchungen weniger erforderlich als bei Option 3,

Vorteil gegenüber RLA ohne CTX (Option 2) und gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- die Rezidivrate beträgt 0 bis 7%; Rezidive treten im Vergleich zu Optionen 2 und 3 fast ausschließlich außerhalb des Retroperitoneums auf (EBM IB: 174, EBM IIA: 175, EBM III: 176, 177).

Nachteil gegenüber RLA ohne CTX (Option 2):

- es besteht prinzipiell ein Risiko der Induktion von Zweitmalignomen durch Zytostatika (EBM III: 145–147), allerdings liegen keine Daten über Risikohöhe bei Applikation von nur zwei Zyklen PEB vor (bisher kein Fall berichtet),

Nachteil gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- die operative Morbidität ist relevant und beträgt an Zentren ca. 10% (EBM IIB: 178, EBM III: 170),
- nach Operation kann trotz nervschonender Intention ein Ejakulationsverlust auftreten (5 bis 15% der Patienten in Zentren, sonst in 32% im Vergleich zu 13% beim Vorgehen nach Option 3) (EBM IIA: 175, EBM III: 176, 179),

Nachteil gegenüber RLA ohne CTX (Option 2) und gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- therapieassoziierte Toxizitäten erhöhen sich durch Operation plus Chemotherapie für alle Patienten (EBM IIA: 180, EBM III: 181).

13.2 Primäre nervschonende Lymphadenektomie ohne adjuvante Chemotherapie (Option 2)

Vorteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1):

- die Behandlung wird auf eine Therapiemaßnahme begrenzt,

Vorteil gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- ca. 12% der Patienten wird eine Chemotherapie im Vergleich zur Option 3 erspart, da ein Stadium PS I (EBM IB: 174, EBM IIA: 175) festgestellt wird,
- innerhalb der ersten fünf Nachsorgejahre sind drei CT-Abdomenuntersuchungen weniger erforderlich als bei Option 3,

Vorteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1) und gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- die Chemotherapie wird im Vergleich zu den Optionen 1 und 3 nur für 30% der Patienten im Stadium PS IIA bzw. für 50% im Stadium PS IIB notwendig.

Nachteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1):

- im Falle eines Progresses sind mindestens drei Zyklen Chemotherapie im Vergleich zu zwei Zyklen erforderlich,

Nachteil gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- die operative Morbidität ist relevant und beträgt an Zentren ca. 10% (EBM IIB: 178, EBM III: 170),
- nach Operation kann trotz nervschonender Intention ein Ejakulationsverlust auftreten (5 bis 15% der Patienten in Zentren, sonst in 32% im Vergleich zu 13% bei Option 3) (EBM IIA: 175, EBM III: 176, 179),

Nachteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1) und gegenüber primärer CTX +/- Residualtumorresektion (Option 3):

- das Rezidivrisiko ist höher mit 30% im Stadium PS IIA und bis zu 50% im Stadium PS IIB (EBM IB: 174, EBM IIA: 182, EBM III: 176, 177, 183).

13.3 Primäre Chemotherapie +/- Residualtumorresektion (Option 3)

Vorteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1) und gegenüber RLA ohne CTX (Option 2):

- wegen kompletter Remission (CR) nach Chemotherapie entfällt für die Mehrheit der Patienten eine Operation (CR im Stadium PS IIA: 83 bis 91%, im Stadium PS IIB: 61 bis 87%) (EBM IIA: 175, EBM IIB: 184, EBM III: 185, 186),
- die Rezidivrate ist niedrig(er) (im Stadium PS IIA: 4 bis 9%, im Stadium PS IIB: 11 bis 15%) (EBM IIA: 175, EBM IIB: 184),
- ein Ejakulationsverlust tritt in 13% gegenüber 32% bei den Optionen 1 und 2 auf, da eine Residualtumorresektion nur bei 9 bis 17% der Patienten im Stadium CS IIA bzw. 13 bis 39% im Stadium IIB erforderlich wird (EBM IIA: 175).

Nachteil gegenüber RLA + adjuvanter CTX (Option 1) und gegenüber RLA ohne CTX (Option 2):

- die Chemotherapie ist für 12 bis 13% der Patienten unnötig, da bei ihnen ein Stadium PS I vorliegt (EBM IB¹: 186, EBM IIA: 175, EBM III: 185, 187, 188),
- die operative Morbidität wird durch die Erfordernis einer Residualtumorresektion bei 9 bis 17% der Patienten im Stadium CS IIA bzw. bei 13 bis 39% im Stadium CS IIB erhöht (EBM IIA: 175, EBM III: 173, 185, 186, 189–191),
- innerhalb der ersten fünf Nachsorgejahre sind drei CT-Abdomenuntersuchungen mehr als bei primärer Operation erforderlich,
- die Chemotherapie ist bei dieser Option mit drei Zyklen gegenüber zwei Zyklen PEB bei der Kombination Operation + adjuvante Chemotherapie intensiver,

Nachteil gegenüber RLA ohne CTX (Option 2):

- es besteht prinzipiell ein Risiko der Induktion von Zweitmalignomen durch Zytostatika (EBM III: 145–147)

¹186: EBM IB bezogen auf erwähnte EORTC-Studie in diesem Artikel

14. Therapie der fortgeschrittenen Stadien

Für Patienten mit »good prognosis« nach IGCCCG (81, 82) besteht die Standardtherapie aus drei Zyklen PEB oder – bei Kontraindikationen gegen Bleomycin – in vier Zyklen PE (EBM IA: 81, 82, EBM IB: 192–194). Die Effektivität des PEB-Regimes, appliziert über 5 Tage mit Etoposid 100 mg/m² und Cisplatin 20 mg/m² pro Tag (»amerikanisches« Schema), ist gleichwertig zu dem PEB-Schema mit Applikation von Etoposid 165 mg/m² an 3 Tagen und Cisplatin 50 mg/m² an 2 Tagen (»englisches« Schema) (EBM IB: 194). Allerdings ist die verkürzte Version mit einer höheren Langzeittoxizität (Ototoxizität, Nausea, Emesis, periphere Neurotoxizität, Raynaud-Phänomen) belastet, wenn vier Zyklen gegeben werden, so dass das Drei-Tages- gegenüber dem Fünf-Tages-Protokoll nur äquitoxisch ist, wenn drei Zyklen verabreicht werden (EBM IB: 194, 195). Bei Applikation von vier Zyklen (»intermediate«- oder »poor-prognosis«-Gruppen, s.u.) sollte das Originalprotokoll mit fünftägiger Therapie weiterhin alleiniger Standard sein. Die Therapie sollte ohne Dosisreduktion in 22-tägigen Intervallen verabreicht werden; eine Verzögerung des nachfolgenden Chemotherapiezyklus ist nur bei Fieber mit Granulozytopenie oder Thrombopenie < 100 000/μl gerechtfertigt. Eine Indikation zur primären prophylaktischen Applikation von hämatopoetischen Wachstumsfaktoren, wie zum Beispiel G-CSF, besteht nicht. Falls allerdings infektiöse Komplikationen unter der Chemotherapie aufgetreten sind, wird für die nachfolgenden Zyklen die prophylaktische Gabe von G-CSF empfohlen (EBM IIA: 196, 197).

Mit der »intermediate prognosis«-Gruppe in der IGCCCG-Klassifikation wurde eine Gruppe von Patienten definiert, die eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von etwa 80% erreicht. Für diese Patienten gibt es keine abgeschlossenen prospektiven Studien. Die vorliegenden Daten unterstützen vier Zyklen PEB als Standardtherapie (EBM IA: 81, 82, EBM IB: 198). Wegen der insgesamt ungünstigeren Prognose dieser Patientengruppe im Vergleich zu Patienten mit »good prognosis« sollte deren Therapie prinzipiell in prospektiven Studien erfolgen (EBM IV: 199).

Bei Patienten mit »poor prognosis« besteht die Standardtherapie in vier Zyklen PEB; vier Zyklen PEI¹ sind gleich wirksam, aber myelotoxischer (EBM IB: 200). Das progressionsfreie Überleben nach fünf Jahren liegt zwischen 45 und 50% mit nachgewiesener Verbesserung der Überlebensraten in den letzten zwei Jahrzehnten (EBM III: 201). Es ist bisher nicht in prospektiven Studien nachgewiesen, dass eine Hochdosischemotherapie die Überlebensrate steigert. Da eine Matched-pair-Analyse eine bessere Überlebensrate ergeben hatte (EBM IIB: 202, 203), sollten diese Patienten in prospektiven Studien behandelt werden, in denen der Wert einer Hochdosischemotherapie geprüft wird. Patienten, die »poor prognosis«-Kriterien erfüllen, müssen daher an ein entsprechendes Zentrum überwiesen werden (EBM IV).

Generelle Empfehlungen zu Therapiemodifikationen bei Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand (Karnofsky < 50%), ausgedehnter Leberinfiltration (> 50%) und ausgedehnter pulmonaler Infiltration existieren nicht (EBM IV).

¹I: Ifosfamid

15. Therapie bei Hirnmetastasen

Etwa 10% aller Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien eines Hodentumors entwickeln eine zerebrale Metastasierung. Unter prognostischen Aspekten ist zwischen einer primären Hirnmetastasierung mit einer langfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit von etwa 30 bis 40% (kurative Indikation) und einer unter Therapie oder im Rezidiv auftretenden Filialisierung mit einer Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von etwa 2 bis 5% zu unterscheiden. Die günstigste Prognosegruppe bilden Patienten mit unilokulärem Herd, der im Rahmen der Primärdiagnostik entdeckt wird (EBM IIA: 84, EBM III: 83). Der optimale Einsatz und die Sequenz der einzelnen Therapiemodalitäten (Chemotherapie, Radiotherapie, Operation) sind nicht abschließend geklärt. Das Vorliegen einer Hirnmetastasierung stellt keine Kontraindikation gegen die Durchführung einer intensivierten Hochdosischemotherapie (mit autologer Stammzell-Transplantation) dar. Entsprechend einer Analyse der GTCSSG konnte durch diese Vorgehensweise bei »poor prognosis«-Patienten mit Hirnmetastasierung eine Zwei-Jahres-Überlebensrate von 81% erreicht werden (EBM III: 204). Mit kurativer Zielsetzung in der Primärtherapie sollten Chemotherapie (vier Zyklen platinhaltige Standardkombinationen) und Strahlentherapie (Bestrahlung des gesamten Hirnes mit 40–50 Gy, gegebenenfalls mit Aufsättigung der Metastasenregion auf hier resultierende Gesamtdosen von 45–50 Gy, appliziert in Einzeldosen von 1,8 bis 2 Gy, 5-mal pro Woche) vorzugsweise parallel, gegebenenfalls auch sequentiell (Chemotherapie gefolgt von Radiotherapie) eingesetzt werden (EBM IIA: 63, EBM III: 83; EBM IIB: 205).

Ob grundsätzlich eine konsolidierende Bestrahlungsbehandlung des Hirnschädels nach chemotherapeutisch erreichter kompletter Remission erforderlich ist, ist ungeklärt. Die Indikation zur sekundären Resektion solitärer posttherapeutischer Residuen (MRT zwingend zur Abklärung von Mikrometastasen erforderlich) ist nicht gesichert; sie hängt vom Ausmaß der systemischen Erkrankung ab. Sie sollte nur in individuellen Fällen (Resektion sonstiger Herde im Körper möglich, teratomhaltige Primärhistologie, zystische Veränderung des Hirntumors in der Bildgebung und operationstechnisch günstige Lokalisation) erfolgen.

16. Therapiesteuerung

Zunächst werden obligat zwei Zyklen der Chemotherapie gegeben; danach erfolgt die Reevaluation mit bildgebenden Verfahren und Bestimmung der Tumormarker. Bei Markerabfall und stabiler oder regredienter Tumormanifestation wird die Chemotherapie komplettiert (drei bzw. vier Zyklen je nach Ausgangsstadium) (EBM II A: 81, 82, 206, 207). Bei Markerabfall, aber wachsenden Metastasen erfolgt eine Resektion nach Abschluss der Induktionstherapie, sofern keine Notfallsituation aufgrund des lokalen Tumorwachstums besteht (EBM IV). Nur bei dokumentiertem Markeranstieg nach 2 Zyklen Chemotherapie ist ein frühzeitiger Wechsel der Therapie indiziert (am ehesten frühzeitige Hochdosistherapie; Wechsel auf an-

dere, konventionell dosierte Therapieregime nicht effektiv) (EBM IIB: 203, 208). Bei Patienten mit Markerplateau auf niedrigem Niveau nach Abschluss der Chemotherapie wird zunächst zugewartet, ob eine vollständige Normalisierung eintritt. Eine Salvagechemotherapie ist nur bei eindeutigem Markerprogress indiziert (EBM III: 209).

17. Residualtumorresektion

Beim Seminom werden Residuen unabhängig von der Größe nicht reseziert, sondern zunächst bildgebend und mit Tumormarkerbestimmungen kontrolliert (EBM III: 210–216). Eine aktuelle retrospektive Analyse zum diagnostischen Wert der PET wies eine hohe Zuverlässigkeit bei der Bestimmung der Vitalität von Resttumoren nach Chemotherapie beim reinen Seminom nach. Falsch positive Befunde seien nicht zu erwarten, falsch negative Befunde traten bei Residuen >3 cm nicht auf (EBM III: 217). Bei Progression wird eine Salvagechemotherapie durchgeführt, gegebenenfalls unter Einschluss von Resektion und Radiotherapie (EBM III: 218, EBM IV: 219, 220). Nach primärer Radiotherapie sollte jedoch chemotherapiert werden aufgrund zu erwartender erhöhter operativer Morbidität.

Beim Nichtseminom und kompletter Remission nach Chemotherapie ist eine sekundäre RLA nicht indiziert (EBM IIB: 221, 222, EBM III: 223–225, EBM IV: 184), wohingegen bei residuellem Befund und Markernormalisierung der Restbefund reseziert wird (EBM IIA: 226, 227, EBM IIB: 228, 229, EBM III: 230–233, EBM IV: 184). Weil gegenwärtig kein bildgebendes Diagnostikverfahren oder Prognosemodell eine histologische Differenzierung des Residualtumors vorhersagen kann, ist eine Residualtumorresektion obligat (EBM IIB: 221, 222, 234, EBM III: 223, 235–237). Das operative Vorgehen hierbei ist beschrieben (226, 229).

Aufgrund diskordanter histologischer Befunde retroperitonealer und supradiaphragmaler Residuen (35 bis 50%) und nicht ausreichender prognostischer Modelle zur Vorhersage der Dignität der supradiaphragmalen Residuen (89% richtig positiv bei Nachweis von Nekrose im Retroperitoneum) kann bei supra- und infradiaphragmalen zunächst auf eine Resektion der supradiaphragmalen verzichtet werden (EBM IIB: 222, 234, 238, 239, EBM III: 184, 231, 235). Eine Resektion retroperitonealer Residuen sollte daher der Entfernung supradiaphragmaler Reste unter Berücksichtigung der Dominanz der Tumorresiduen vorangehen (EBM IIB: 234, EBM III: 235). Die Indikation zur Resektion hämatogener Residualtumoren außerhalb der Lunge sollte individuell, gegebenenfalls nach Biopsie, gestellt werden (EBM III: 235, 240, 241).

18. Konsolidierende Chemotherapie nach Resektion von vitalem Resttumor

Nach Resektion von Nekrosen oder reifem Teratom ist keine weitere Therapie erforderlich. Bei Nachweis vitalen Karzinoms im Resektat ist die Erfordernis einer

nachfolgenden (weiteren) Chemotherapie (z.B. zwei Zyklen konventionell dosierte cisplatinhaltige Chemotherapie (cave: kumulative Dosis von Bleomycin)) unklar. Eine aktuelle retrospektive Analyse ergab keine Verlängerung des Gesamtüberlebens nach Applikation einer konventionell dosierten cisplatinhaltigen Chemotherapie, sodass individuell alternativ auch eine abwartende Haltung gerechtfertigt scheint (EBM III: 242). Prognostisch günstig und bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigen sind komplette Resektion, »good prognosis« nach IGCCCG-Klassifikation und ein Anteil von < 10% vitaler Tumorzellen im Resektat. Die Prognose verschlechtert sich deutlich, wenn nach einer Second- oder Third-line-Chemotherapie vitales Karzinom im Resektat nachgewiesen wird. Hier gibt es keinen Beleg dafür, dass eine postoperative Chemotherapie die Prognose verbessert (EBM IV: 231, 236).

19. Systemische Salvagetherapie

Seminom

Patienten, die nach alleiniger Radiatio ein Rezidiv erleiden, haben in der Mehrzahl eine günstige Prognose mit Heilungsraten > 90% und sollten eine cisplatinhaltige Chemotherapie analog den Therapiestrategien bei Seminomen fortgeschrittener Stadien erhalten (siehe Abschnitt 14; EBM IIA: 133).

Patienten mit Rezidiv nach Chemotherapie können mit einer cisplatinhaltigen Salvagetherapie zu etwa 50% in eine erneute langfristige Remission gebracht werden (EBM IIB: 243). Für die Salvagebehandlung dieser Patienten bestehen folgende Optionen: vier Zyklen PEI/V¹IP bzw. Vel²IP. Ob eine cisplatinhaltige Kombinationstherapie ausreicht oder eine frühzeitige Therapieintensivierung mit Hochdosischemotherapie erforderlich ist, kann derzeit nicht beurteilt werden (EBM IV: 244). Aus diesem Grunde ist die Behandlung dieser Patienten an Zentren und innerhalb von Studien dringend erforderlich.

Nichtseminom

Patienten, die nach alleiniger Operation ein Rezidiv erleiden, haben in der Mehrzahl eine günstige Prognose mit Heilungsraten > 90% und sollten eine cisplatinhaltige Chemotherapie analog den Therapiestrategien bei Nichtseminomen fortgeschrittener Stadien erhalten (siehe Abschnitt 14).

Bei Patienten mit Rezidiv nach Chemotherapie besteht die Standardtherapie für die Salvagebehandlung in der Gabe von vier Zyklen PEI/VIP bzw. VelIP. Eine konventionell dosierte Salvagetherapie erzielt, je nach Vorliegen von Risikofaktoren, langanhaltende Remissionen bei 15 bis 40% der Patienten (EBM IIB: 121, 245). Eine Salvagetherapie mit VelIP ist wahrscheinlich anderen konventionell dosierten cisplatinhaltigen Therapiekombinationen nicht überlegen (EBM IIB: 244, 245). Der Einsatz von konventionell dosierten Therapiekombinationen mit mehr als drei Substanzen scheint die Toxizität zu erhöhen, ohne jedoch die Ergebnisse zu verbessern (EBM IIB: 244, 246).

¹V: VP16=Etoposid (Vepesid), ² Vel: Vinblastin (Velbe)

Abhängig von Prognosefaktoren sind die Behandlungsergebnisse im Rezidiv/Progress nach cisplatinhaltiger Therapie insgesamt ungünstig (EBM IIB: 120, 121). Phase-II-Studien deuten auf eine Verbesserung der Überlebensrate um 10% hin bei früher Intensivierung der Salvagebehandlung mit Hochdosischemotherapie (EBM III: 247). Daher sollten alle diese Patienten für laufende Studienprotokolle evaluiert und an Zentren überwiesen werden (EBM IV: 244).

20. Operative Rezidiv-/Salvagetherapie

Residualtumoren nach Salvagechemotherapie sollten bei Markernormalisierung oder Bestätigung eines Markerplateaus nach vier bis sechs Wochen reseziert werden. Bei Markeranstieg und fehlenden weiteren chemotherapeutischen Optionen ist bei kompletter Resektabilität der Tumormanifestation eine Resektion anzustreben (in ca. 25% längerfristiges Überleben belegt) (EBM III: 121, 150, 229, 231, 237, 239, 248–256).

21. Organisatorisches zur Durchführung der Lymphadenektomie und Chemotherapie

Die Therapiemaßnahmen sollten grundsätzlich nur von Ärzten durchgeführt werden, die mit diesen Verfahren sowie mit der Erkennung und der Behandlung möglicher Komplikationen ausreichende Erfahrungen haben, da sich ansonsten die Prognose dieser Patienten signifikant verschlechtert (EBM III: 257–259). Insbesondere bei Patienten mit Hodentumoren in fortgeschrittenen Stadien oder mit aus anderen Gründen schwieriger Konstellation sollte eine Kontaktaufnahme mit in der Behandlung von Hodentumoren ausgewiesenen Zentren erfolgen (Adressen über Internet: <http://www.hodenkrebs.de> oder <http://www.hodenkrebs.com>).

22. Evaluation des Therapieergebnisses

Die Evaluation sollte individuell abhängig von Stadium und Therapie erfolgen. Ein CT des Abdomens einschließlich kranialer Beckenabschnitte bis in Höhe der Aufzweigung der Iliakalgefäße ist bei primärer Chemotherapie ab Stadium IIA notwendig, ein CT des Thorax lediglich bei supradiaphragmalem Befall (EBM IIB: 58, 59, 260) (Tabelle III). Die Tumormarker müssen unter Berücksichtigung der Halbwertszeiten (AFP 5–7 Tage, β -HCG 24–36 Stunden, LDH 24 Stunden) nach Orchiektomie kontrolliert werden, wenn sie primär erhöht waren. Vor jeder weiteren Therapie und nach Abschluss der Gesamttherapie ist eine Markerkontrolle erforderlich. Ebenso muss vor jedem Chemotherapiezyklus eine Kontrolle der Marker erfolgen.

Bei einem Markerplateau sollten zunächst eine engmaschige Kontrolle mittels Markerbestimmung und bildgebender Diagnostik und erst bei erneutem Markeranstieg eine Salvagetherapie durchgeführt werden.

Tabelle III. Einsatz der Computertomographie zur Evaluation des Therapieergebnisses beim Seminom und beim Nichtseminom nach Stadium und Behandlungsmodalität(en).

Seminom	Stadium I		Stadien IIA/B		Stadien IIC/III
Therapiemodalität(en)	Radiatio	adj. CTX	Radiatio	CTX	CTX +/- OP
<i>Diagnostik</i>					
CT Abdomen/Becken	-	-	+	+	+
CT Thorax	-	-	-	-	bei supradia- phragmalem Befund
Nichtseminom	Stadium I		Stadien IIA/B		Stadien IIC/III
Therapiemodalität(en)	RLA	adj. CTX	RLA	CTX +/- OP	CTX +/- OP
<i>Diagnostik</i>					
CT Abdomen/Becken	-	-	-	+	+
CT Thorax	-	-	-	-	bei supradia- phragmalem Befund

Bei Feststellung von Tumorprogressionen/Rezidiven sollten Fehleranalysen bisheriger Diagnostik- und Therapiemaßnahmen vorgenommen werden (EBM III: 257–259).

23. Nachsorge

Analysiert man die Literatur (überwiegend EBM III, s. Literaturangaben) hinsichtlich der Rezidivhäufigkeiten von Seminomen und Nichtseminomen unter Berücksichtigung von Stadium und Therapie, werden auch andere Nachsorgeintervalle und Häufigkeiten für den Einsatz der unterschiedlichen bildgebenden Diagnostikverfahren als nachfolgend aufgeführt (Tabellen IVa–c) angegeben. Diese resultieren vielmehr aus durchgeführten Therapieverfahren mit jeweils definierten Nachsorgekonzepten und deren Ergebnissen. Inwieweit hierbei Unterschiede in den Ergebnissen erkennbar wären, wenn man die Nachsorge verändert, ist bisher nicht untersucht worden. In den aufgeführten Empfehlungen wurde jedoch zusätzlich auf die Praktikabilität Wert gelegt. Individuelle Faktoren können ein von den vorliegenden Empfehlungen abweichendes Vorgehen notwendig machen, da nur der mindesterforderliche Rahmen dargestellt werden kann.

Die Nachsorge besteht aus klinischer Untersuchung, Tumormarkerbestimmungen und bildgebender Diagnostik. Fakultativ können Testosteron und FSH bestimmt werden. Sonographische Kontrollen des kontralateralen Hodens sind notwendig, sofern nicht primär durch eine PE eine TIN ausgeschlossen oder eine nachgewiesene TIN bestrahlt wurden. Bei lediglich einer Angabe in der Literatur zur Frequenz sonographischer Hodenuntersuchungen (EBM III: 261) ist eine jährliche Kontrolle vermutlich sinnvoll.

Die Nachsorgeuntersuchungen sind – mit Ausnahme der fortgeschrittenen Stadien mit »intermediate oder poor prognosis«-Kriterien nach IGCCCG (81, 82) – weitgehend einheitlich für alle Stadien, Histologien und Therapiemodalitäten im ersten und zweiten Jahr alle drei Monate durchzuführen, nachfolgend in Abhängigkeit von der Tumorart und den erfolgten Therapiemodalitäten (Tabellen IVa–c). Zur Beurteilung des Retroperitonealraumes ist eine Computertomographie, durchgeführt nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zum Geräte- und Untersuchungsstandard (60–61), einer Sonographie überlegen (EBM III: 55, 62, 68). Die CT-Untersuchung muss die kranialen Beckenabschnitte einschließlich der Aufzweigung der Iliakalgefäße umfassen.

Bei der Dauer der Nachsorge über das fünfte Jahr hinaus ist neben dem Risiko von Spätrezidiven auch zu beachten, dass nach Chemo- und/oder Radiotherapie ein geringes Risiko (ca. zwei- bis dreifach) für therapieinduzierte Zweitmalignome besteht (EBM III: 145–147). Ebenso ist bei 5% der Patienten, bei denen eine kontralaterale Hodenbiopsie nicht erfolgte, die Entwicklung eines testikulären Zweitumors zu erwarten (EBM IIB: 122).

In einigen Stadien wird auf Empfehlungen zu radiologischen Untersuchungen über das 5. Nachsorgejahr hinaus oder beim Nichtseminom im Stadium CS IIA/B nach RLA und Chemotherapie verzichtet, weil keine Rezidive berichtet wurden und weil Zweitumoren durch Bildgebungsdiagnostik nicht frühzeitig, sondern zumeist aufgrund klinischer Symptomatik erkannt werden. Bei diesen Patienten sollte individuell über die Relevanz und Frequenz der apparativen Nachsorge entschieden werden.

Tabelle IVa. Nachsorgeintervall und einzusetzende Untersuchungsverfahren bei Patienten mit *Seminom* in Frühstadien ohne Resttumor nach Abschluss der Therapie differenziert nach primärem Tumorstadium und Therapiemodalität.

Seminom – Stadien I und II

Stadium	Erfolgte Therapie	Klin. Untersuchung und Prozedur	Frequenz der jährlichen Nachsorgeuntersuchungen					
			1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	5.–10. Jahr
CS I	Adjuv. Radiotherapie	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	1	1	1	1
		CT Abdomen/Becken	2	2	2	1	1	-
CS I	Surveillance	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	4	4	2
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	2	2	2	1
		CT Abdomen/Becken	4	4	4	2	2	1
CS IIA/B	Radiotherapie	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	2	2	2	1
		CT Abdomen/Becken	2	2	2	1	1	-

Tabelle IVb. Nachsorgeintervall und einzusetzende Untersuchungsverfahren bei Patienten mit *Nichtseminom* in Frühstadien ohne Resttumor nach Abschluss der Therapie differenziert nach primärem Tumorstadium und Therapiemodalität(en).

Nichtseminom – Stadien I und II

Stadium	Erfolgte Therapie	Klin. Untersuchung und Prozedur	Frequenz der jährlichen Nachsorgeuntersuchungen					
			1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	5.–10. Jahr
CS I	Diagnost. RLA	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	2	1	1	-
		CT Abdomen/Becken	2	2	-	-	-	-
CS I	Surveillance	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	4	4	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	2	2	2	1
		CT Abdomen/Becken	4	4	4	2	2	1
CS I	Adjuvante Chemo-therapie	LDH, AFP, β -HCG	2 ^a	2 ^a	2	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	1	1	1	1	1	-
		CT Abdomen/Becken	2	2	1	1	1	-
CS IIA/B	RLA	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2 E	2	2	2	2	2	-
		CT Abdomen/Becken	2	2	1	1	1	-
CS IIA/B	RLA + Chemo-therapie	LDH, AFP, β -HCG	2 ^a	2 ^a	2	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2E	-	-	-	-	-	-
		CT Abdomen/Becken	-	-	-	-	-	-
CS IIA/B	Primäre Chemo-therapie mit/ ohne Residual-tumorresektion	LDH, AFP, β -HCG	2 ^a	2 ^a	2	2	2	1
		Röntgen-Thorax in 2E	1	1	-	-	-	-
		CT Abdomen/Becken	2	2	1	1	1	-

^a Klinische Untersuchungen sollten in den ersten beiden Jahren viermal durchgeführt werden.

Tabelle IVc. Nachsorgeintervall und einzusetzende Untersuchungsverfahren bei Patienten mit Seminom oder Nichtseminom im fortgeschrittenen Stadium ohne Tumoraktivität nach Abschluss der Therapie differenziert nach Prognosegruppe entsprechend Klassifikation der IGCCCG (81, 82).

Seminom und Nichtseminom – fortgeschrittene Stadien

Prognosegruppe	Klin. Untersuchung und Prozedur	Frequenz der jährlichen Nachsorgeuntersuchungen					
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	5.–10. Jahr
»Good prognosis ^a «	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	4	4	2
	Röntgen-Thorax in 2 E,						
	CT Thorax bei Mediastinalbefall!	2	2	2	1	1	1
»Intermediate/poor prognosis ^a «	CT Abdomen/Becken	2	2	2	1	1	1
	LDH, AFP, β -HCG	4	4	4	4	4	2
	Röntgen-Thorax in 2 E,						
	CT Thorax bei Mediastinalbefall!	2–4	2–4	2–4	2	2	1
	CT Abdomen/Becken	4	4	4	2	2	1

^a Insbesondere bei Patienten mit »intermediate oder poor prognosis«-Kriterien sind die Nachsorge-Intervalle gegebenenfalls zu verkürzen. Die Nachsorge von Patienten mit »good prognosis«-Kriterien sollte länger als 10 Jahre, von denen mit »intermediate oder poor prognosis«-Kriterien lebenslang erfolgen.

Anmerkung: Nachsorgeempfehlungen, die auf prospektiven randomisierten Studien basieren, liegen nur in sehr begrenztem Umfang vor. Folgende unterschiedliche Situationen wurden bewertet: *Studien, die sich ausschließlich mit Nachsorgeempfehlungen befassen* (EBM III: 262, EBM III/IV: 167, 263, 264), *Seminom CS I* (EBM IA: 148, EBM III: 129, 135, 265, 266), *Seminome CS IIA/IIB nach Radiotherapie* (EBM III: 153, 160, 267), *Seminom CS IIB nach Chemotherapie (3 Zyklen Standardtherapie)* (EBM III: 150, 262), *Nichtseminom PS I nach RLA* (EBM III: 262, 268, 269, 270), *Nichtseminom CS I unter Surveillance* (EBM IIA: 111, EBM IIB: 171, EBM III: 268, 269), *Nichtseminome PS IIA/B nach RLA und adjuvanter Chemotherapie* (EBM IA: 272, 273, EBM III: 252, 271), *Nichtseminom PS IIA nach RLA ohne adjuvante Chemotherapie* (EBM III: 176), *Nichtseminome CS IIA/B nach primärer Chemotherapie +/- Residualtumorresektion* (EBM III: 274–276), *Seminome/Nichtseminome CS IIC/III* (EBM III: 121, 252, 277, 278), *Spätrezidive* (EBM IIB: 279, EBM III: 252, 280, EBM IV: 150), *mögliche Therapiespätfolgen/Induktion von Sekundärneoplasien* (EBM III: 145–147) und *Einsatz der Computertomographie in der Nachsorge* (EBM III: 59, EBM IV: 260).

24. Rehabilitation

In den meisten Fällen sind Patienten mit Frühstadien zwei bis drei Monate nach Abschluss der Therapie wieder uneingeschränkt arbeitsfähig. Patienten mit fortgeschrittenen Stadien sollten insbesondere nach Chemotherapie starken körperlichen Stress, wie z.B. Schichtarbeit, in den ersten zwei Jahren vermeiden. Eine Berufsunfähigkeit, die zu einer Umschulung Anlass geben könnte, liegt nur in Ausnahmefällen vor. Von einer Rente auf Zeit ist abzuraten, da die jungen Patienten danach häufig nicht mehr den Anschluss im Berufsleben finden.

Die Wahrnehmung der im Schwerbehindertengesetz festgelegten Vergünstigungen kann große Nachteile haben. Gerade bei jungen Erwachsenen können diese »Vergünstigungen« infolge des Schwerbehindertenstatus zu Schwierigkeiten bei der Berufswahl, einem Berufswechsel oder dem beruflichen Fortkommen führen und eine mögliche »Flucht in die Krankheit« fördern.

Die Durchführung einer stationären Anschlussheilbehandlung in einer onkologischen Rehabilitationsklinik ist von der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit abhängig zu machen und sollte nicht routinemäßig erfolgen. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht nicht nur bei körperlicher Schwäche, sondern auch bei psychischen, sozialen und beruflichen Handicaps. Für die Durchführung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen sollten nicht Kurkliniken und Sanatorien, sondern ausschließlich Rehabilitationskliniken gewählt werden, die den Qualitätsansprüchen der Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ARNS) entsprechen (EBM IV: 281).

Eine ambulante Rehabilitation ist, falls überhaupt, zu erwägen und gegebenenfalls dann auch in Form einer »erweiterten ambulanten Physiotherapie« (E.A.P.) vorzunehmen, wenn ausschließlich körperlich roborierende Maßnahmen notwendig sind. Allerdings befinden sich ambulante onkologische Rehabilitationszentren, die den ganzheitlich ausgerichteten Rehabilitationsbedürfnissen von Tumorpatienten gerecht werden sollen, derzeit noch im Aufbau (282).

Literatur mit Angaben der EBM-Stufen (kursiv) unterteilt nach Themenkomplexen

1. Einleitung

- 1 Bamberg M, Schmoll H-J, Weißbach L, et al. Interdisziplinäre Konsensus-Konferenz zur »Diagnostik und Therapie von Hodentumoren«. Strahlenther Onkol 1997;173:397–406
- 2 Schmoll H-J, Bamberg M, Weißbach L. Interdisziplinäre Konsensus-Konferenz zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren. Onkologie 1997;20:164–70
- 3 Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Qualitätssicherung in der Onkologie. In: Enghofer E, Winkler R, Hrsg. Grundlagen und Definition. München: Zuckschwerdt, 1995
- 4 Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med 1992;152:946–52
- 5 Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Checkliste »Methodische Qualität von Leitlinien« auf der Grundlage der »Beurteilungskriterien für Leitlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung«. Dt Ärztebl 1998;95:A-2576–8
- 6 Galandi D, Antes G. Die Cochrane Collaboration. Das Krankenhaus 1999;91:517–21
- 7 Ollenschläger G, Schott G. Leitlinien und Evidenz-basierte Medizin in Deutschland. Onkologie 1999;5:826–9
- 8 Souchon R, Krege S, Schmoll H-J, et al. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). Strahlenther Onkol 2000;176:388–405
- 9 Schmoll H-J, Krege S, Souchon R. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). Onkologie 2000;23:603–13
- 10 Krege S, Schmoll H-J, Souchon R. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). Urologe (A) 2001;40:137–47
- 11 Krege S, Schmoll H-J, Souchon R. Interdisciplinary Consensus on diagnosis and treatment of testicular germ cell tumors: result of an update conference on evidence-based medicine (EBM). Eur Urol 2001;40:372–391

2. Anamnestische Angaben zu Risikofaktoren

- 12 Dieckmann KP, Loy V, Büttner P. Prevalence of bilateral testicular germ cell tumors and early detection based on contralateral testicular intra-epithelial neoplasia. Brit J Urol 1993;71:340–5. *EBM IIA*
- 13 Erpenbach K, Derschum W, Reis M. Ergebnisse einer engmaschigen Hodentumornachsorge. Urologe A 1997;29:102–7. *EBM IIA*
- 14 Osterlind A, Berthelsen JG, Abilgaard N, et al. Risk of bilateral testicular germ cell tumors in Denmark: 1960 – 1984. J Natl Cancer Inst 1991;83:1391–5. *EBM IIA*
- 15 von der Maase H, Rorth M, Walbom-Jorgensen S, et al. Carcinoma in situ of contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer: study of 27 cases in 500 patients. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;293:1398–401. *EBM IIA*
- 16 Moller H, Prener A, Skakkebaek NE. Testicular cancer, cryptorchidism, inguinal hernia, testicular atrophy and genital malformations: case-control studies in Denmark. Cancer Causes Control 1996;7:264–74. *EBM IIA*
- 17 Prener A, Hsieh CC, Engholm G, et al. Birth order and risk of testicular cancer. Cancer Causes Control 1992;3:265–72. *EBM IIA*
- 18 Tollerud DJ, Blattner WA, Fraser MC, et al. Familial testicular cancer and urogenital developmental anomalies. Cancer 1985;55:1849–54. *EBM IIA*
- 19 Pinczowski D, McLaughlin JK, Lackgren G, et al. Occurrence of testicular cancer in patients operated on for cryptorchidism and inguinal hernia. J Urol 1991;146:1291–4. *EBM IIB*

- 20 Swerdlow AJ, De Stavola BL, Swanwick MA, et al. Risk factor for testicular cancer: a case control study in twins. *Br J Cancer* 1999;80:1098–102. *EBM IIB*
- 21 Dieckmann KP, Pichlmeier U. The prevalence of familial testicular cancer. *Cancer* 1997;80:1954–60. *EBM IIB*
- 22 Forman D, Oliver RTD, Marsh SGE, et al. Familial testicular cancer: a report of the UK family register, estimation of risk and an HLA class 1 sib-pair analysis. *Brit J Cancer* 1992;65:255–62. *EBM IIB*
- 23 Heidenreich A, für die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hodentumoren. Klinische und biologische Charakteristika familiärer, bilateraler und sporadischer Keimzelltumoren des Hodens. *Urologe A* 1999;38:Suppl 1:65.abstract 9.1. *EBM IIB*
- 24 Westergaard T, Olsen JH, Frisch M, et al. Cancer risk in fathers and brothers of testicular cancer patients in Denmark. A population based study. *Int J Cancer* 1996;66:627–31. *EBM IIB*

3. Sicherung der Diagnose

- 25 Nichols CR. Testicular cancer. *Curr Probl Cancer* 1998;22:187–274. *EBM IV*
- 26 Albers P. Diagnostik und Therapie von Hodentumoren. *Urologe A* 1997;36:387–96. *EBM IIA*
- 27 Bassetto MA, Pasini F, Franceschi T, et al. Extragenital germ cell tumour: a clinical study. *Anticancer Res* 1995;15:2751–4. *EBM IIA*
- 28 Casella R, Rochlitz C, Sauter G, et al. »Burned out« testicular tumour: a rare form of germ cell neoplasias. *Schweiz Med Wschr* 1999;129:235–40. *EBM IIA*
- 29 de Takats PG, Jones SR, Penn R, et al. Alpha-foetoprotein heterogeneity: what is its value in managing patients with germ cell tumours? *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1996;8:323–6. *EBM IIA*
- 30 Dueland S, Stenwig AE, Heilo A, et al. Treatment and outcome of patients with extragenital germ cell tumours – the Norwegian Radium Hospital's experience 1979–94. *Br J Cancer* 1998;77:329–35. *EBM IIA*
- 31 Hartman M, Pottek T, Bussar-Maatz R, et al. Elevated human chorionic gonadotropin concentrations in the testicular vein and in peripheral venous blood in seminoma patients. An analysis of various parameters. *Eur Urol* 1997;31:408–13. *EBM IIA*
- 32 van de Gaer P, Verstraete H, De Wever I, Oyen R, et al. Primary retroperitoneal extragenital germ cell tumour. *J Belge Radiol* 1998;81:221–2. *EBM IIA*

4. Behandlung des Primärtumors und kontralaterale Hodenbiopsie

- 15 von der Maase H, Rorth M, Walbom-Jorgensen S, et al. Carcinoma in situ of contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer: study of 27 cases in 500 patients. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1398–401. *EBM IIA*
- 33 Leibovitch I, Little JS, Foster RS, et al. Delayed orchiectomy after chemotherapy for metastatic nonseminomatous germ cell tumors. *J Urol* 1996;155:952–4. *EBM IIB*
- 34 Simmonds PD, Mead GM, Lee AHS, et al. Orchiectomy after chemotherapy in patients with metastatic testicular cancer. *Cancer* 1995;75:1018–24. *EBM IIB*
- 35 Capelouto CC, Clark PE, Ransil BJ, et al. A review of scrotal violation in testicular cancer: Is adjuvant local therapy necessary? *J Urol* 1995;153:981–5. *EBM IIA*
- 36 Harding M, Paul J, Kaye SB. Does delayed diagnosis or scrotal incision affect outcome for men with nonseminomatous germ cell tumors? *Brit J Urol* 1995;76:491–4. *EBM IIB*
- 37 Leibovitch I, Baniel J, Foster RS, et al. The clinical implications of procedural deviations during orchiectomy for nonseminomatous testis cancer. *J Urol* 1995;154:935–9. *EBM IIB*
- 38 Heidenreich A, Vorreuther R, Braun M, et al. Ist eine schnellschnittgesteuerte Therapieplanung bei testikulären Raumforderungen sinnvoll? *Urologe A* 1995;34 Suppl:113.abstract P11.4. *EBM IIB*
- 39 Robertson GS. Radical orchiectomy and benign testicular conditions. *Br J Surg* 1995;82:342–5. *EBM IIB*
- 40 Tokuc R, Sakr W, Pontes JE, et al. Accuracy of frozen section examination of testicular tumors. *Urology* 1992;40:521–6. *EBM IIB*

- 41 Heidenreich A, Bonfig R, Derschum W, et al. A conservative approach to bilateral testicular germ cell tumors. *J Urol* 1995;153:10–3. *EBM IIB*
- 42 Heidenreich A, Höltl W, Albrecht W, et al. Testis-preserving surgery in bilateral testicular germ cell tumours. *Brit J Urol* 1997;79:253–7. *EBM IIB*
- 43 Weissbach L. Organ preserving surgery of malignant germ cell tumors. *J Urol* 1995;153:90–3. *EBM IIB*
- 44 Dieckmann KP, Loy V. Prevalence of contralateral testicular intraepithelial neoplasia in patients with testicular germ cell neoplasms. *J Clin Oncol* 1996;14:3126–32. *EBM IIA+IIB*
- 45 Harland SJ, Cook PA, Fossa SD, et al. Intratubular germ cell neoplasia of the contralateral testis in testicular cancer: defining a high risk group. *J Urol* 1998;160:1353–7. *EBM IIA*
- 46 Giwerzman A, Cantell L, Marks A. Placental-alkaline phosphatase as a marker of carcinoma-in-situ of the testis. Comparison with monoclonal antibodies M2A and 43-9F. *APMIS* 1991;99:586–94. *EBM IIB*
- 47 Giwerzman A, Andrews PW, Jorgensen P, et al. Immunohistochemical expression of embryonal marker TRA-1-60 in carcinoma in situ and germ cell tumors of the testis. *Cancer* 1993;72:1308–14. *EBM IIB*

5. Pathologische Diagnostik

- 48 Mostofi FK, Sesterhenn IA. Histological typing of testis tumours. WHO International Histological Classification of Tumours, 2nd ed. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1998
- 49 Dudeck J, Wagner G, Grundmann E, et al. Qualitätssicherung in der Onkologie: Basisdokumentation für Tumorkranke. Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis. München Bern Wien New York: Zuckschwerdt, 1999
- 50 Wagner G (Hrsg). Tumorlokalisationsschlüssel. International Classification of Diseases for Oncology. (ICD-O) 2. Aufl. Topographischer Teil. 5. Aufl. ADT Tumordokumentation in Klinik und Praxis. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1993
- 51 UICC. TNM-Klassifikation maligner Tumoren. (Wittekind C, Wagner G, Hrsg), 5. Aufl. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997

6. Ausbreitungsdiagnostik

- 51 UICC. TNM-Klassifikation maligner Tumoren. (Wittekind C, Wagner G, Hrsg), 5. Aufl. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997
- 52 Jensen K, Abel U. Methodik diagnostischer Validierungsstudien. *Med Klin* 1999;94:522–8
- 53 Lijmer JG, Mol BW, Heisterkamp S, et al. Empirical evidence of design-related bias in studies of diagnostic tests. *JAMA* 1999;282:1061–6
- 54 Gospodarowicz MK, Sturgeon JFG, Jewett MAS. Early stage and advanced seminoma: role of radiation therapy, surgery, and chemotherapy. *Semin Oncol* 1998;25:160–73
- 55 Krug B, Heidenreich A, Dietlein M, et al. Lymphknotenstaging maligner testikulärer Keimzelltumoren. *Fortschr Röntgenstr* 1999;171:87–94
- 56 Lashley D, Lowe B. A rational approach to managing stage I nonseminomatous germ cell cancer. *Urol Clin North Am* 1998;25:405–23
- 57 Leibovitch I, Foster RS, Kopecky KK, et al. Identification of clinical stage A nonseminomatous testis cancer patients at extremely low risk for metastatic disease: A combined approach using quantitative immunohistochemical, histopathologic, and radiologic assessment. *J Clin Oncol* 1998;16:261–8
- 58 White PM, Howard GC, Best JJ, et al. The role of computed tomographic examination of the pelvis in the management of testicular germ cell tumours. *Clin Radiol* 1997;52:124–9. *EBM IIB*
- 59 White PM, Adamson DJA, Howard GCW, et al. Imaging of the thorax in the management of germ cell testicular tumours. *Clin Radiol* 1999;54:207–11. *EBM IIB+III*
- 60 Bundesärztekammer. Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie. *Dt Ärztebl* 1992;89:3–11

-
- 61 Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik gemäß § 136 SGB V in der Fassung vom 17. Juni 1992 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 183b vom 29. September 1992), zuletzt geändert am 17. Dezember 1996 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 49 vom 12. März 1997). Dt Ärztebl 1997;94:C-581–8
- 62 Fernandez EB, Moul JW, Foley JP, et al. Retroperitoneal imaging with third and fourth generation computed axial tomography in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. Urology 1994;44:548–52. *EBM III*
- 63 Heidenreich A, Sesterhenn IA, Mostofi FK, et al. Prognostic factors that identify patients with clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors at low risk and high risk for metastasis. Cancer 1998;83:1002–1011. *EBM III*
- 64 See WA, Hoxie L. Chest staging in testis cancer patients: imaging modality selection based upon risk assessment as determined by abdominal computerized tomography scan results. J Urol 1993;150:874–8
- 65 Leibovitch I, Foster RS, Kopecky KK, et al. Improved accuracy of computerized tomography based clinical staging in low stage nonseminomatous germ cell tumor using size criteria of retroperitoneal lymph nodes. J Urol 1995;154:1759–63
- 66 McLeod DG, Weiss RB, Stablein DM, et al. Testicular Cancer Intergroup Study: Staging relationships and outcome in early stage testicular cancer: A report from the Testicular Cancer Intergroup Study. J Urol 1991;145:1178–83
- 67 Weißbach L, Bussar-Maatz R. Hodentumoren. In: Rübben H, Hrsg. Uroonkologie. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997:433–533
- 68 Tschammler A, Knitter J, Wittenberg G, et al. Quantifizierung der Lymphknotenperfusion mittels farbkodierter Duplexsonographie. Fortschr Röntgenstr 1995;163:203–9
- 69 Bellin M, Roy C, Kinkel K, Thoumas D, et al. Lymph node metastases: Safety and effectiveness of MR imaging with ultrasmall superparamagnetic iron oxide particles – initial clinical experience. Radiology 1998;207:799–808
- 70 Hogeboom WR, Hoekstra HJ, Mooyart EL, et al. Magnetic resonance imaging of retroperitoneal lymph node metastases of non-seminomatous germ cell tumors of the testis. Eur J Surg Oncol 1993;19:429–37
- 71 Krug B. Becken. In: Heindel W, Kugel H, Lackner K, Hrsg. Rationelle MR-Untersuchungstechniken. Stuttgart: Thieme, 1997:52–5
- 72 Albers P, Bender H, Yilmaz H, et al. Positron emission tomography in the clinical staging of patients with stage I and II germ cell tumors. Urology 1999;53:808–11
- 73 Cremerius U, Wildberger JE, Borchers H, et al. Does positron emission tomography using 18-fluoro-2-deoxyglucose improve clinical staging of testicular cancer? – Results of a study of 50 patients. Urology 1999;54:900–4
- 74 de Wit M, Bokemeyer C, Hartmann D, et al. Germ cell tumor (GCT): Staging and therapy control with (18)FDG-PET. First results of German multicenter trial. Eur J Cancer 1997;33:Suppl 8:159
- 75 Hoh CK, Seltzer MA, Franklin J, et al. Positron emission tomography in urological oncology. J Urol 1998;159:347–56
- 76 Müller-Mattheis V, Reinhardt M, Gerharz CD, et al. Die Positronenemissionstomographie mit (18F)-2-fluoro-2-deoxy-D-glukose (18FDG-PET) bei der Diagnostik retroperitonealer Lymphknotenmetastasen von Hodentumoren. Urologe A 1998;37:609–20
- 77 Reske SN. Positronen-Emissions-Tomographie in der Onkologie. Dt Ärztebl 1998;95:C-1370–1372
- 78 Reske SN, Bares R, Büll U, et al. Klinische Wertigkeit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei onkologischen Fragestellungen: Ergebnisse einer interdisziplinären Konsensuskonferenz. Nuklearmedizin 1996;35:42–52
- 79 Weber WA, Avril N, Schwaiger M. Relevance of positron emission tomography (PET) in oncology. Strahlenther Onkol 1999;175:356–76
- 80 Wilson CB, Young HE, Ott RJ et al. Imaging metastatic testicular germ cell tumours with 18FDG positron emission tomography: prospects for detection and management. Eur J Nucl Med 1995;22:508–13

- 81 Mead GM. International consensus prognostic classification for metastatic germ cell tumours treated with platinum based chemotherapy: Final report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995;14:235.abstract 615. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 82 International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). The International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor based staging system for metastatic germ cell cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:594–603. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 83 Bokemeyer C, Nowak P, Haupt A, et al. Treatment of brain metastases in patients with testicular cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:1449–54. *EBM III*
- 84 Fossa SD, Bokemeyer C, Gerl A, et al. Treatment outcome of patients with brain metastases from malignant germ cell tumors. *Cancer* 1999;85:988–97. *EBM IIA*
- 85 Schmoll H-J. Maligne Keimzelltumoren des Mannes. In: Schmoll H-J, Höffken K, Possinger K, Hrsg. *Kompodium Internistische Onkologie Teil 2*, 3. Aufl. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1999:1659–732

7. Fertilität und therapiebedingte gonadale Toxizität

- 86 Fossa SD, Dahl AA, Haaland CF. Health-related quality of life in patients treated for testicular cancer. *Curr Opin Urol* 1999;9:425–9. *EBM IV*
- 87 Kliesch S, Behre HM, Jürgens H, et al. Cryopreservation of semen from adolescent patients with malignancies. *Med Pediatr Oncol* 1996;26:20–7. *EBM IV*
- 88 Kliesch S, Kamischke A, Nieschlag E. Cryopreservation of sperm. In: Nieschlag E, Behre HM, eds. *Andrology – Male reproductive health and dysfunction*. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997:349–58. *EBM IV*
- 89 Petersen PM, Skakkebaek NE, Giwercman A. Gonadal function in men with testicular cancer: Biological and clinical aspects. *APMIS* 1998;106:24–36. *EBM IV*
- 90 Dieckmann KP, Loy V. Paternity in a patient with testicular seminoma and contralateral testicular intraepithelial neoplasia. *Int J Androl* 1993;16:143–6. *EBM IV*
- 91 Giwercman A, von der Maase H, Rorth M, et al. Semen quality in testicular tumour and CIS in the contralateral testis. *Lancet* 1993;341:384–5. *EBM IV*
- 92 Giwercman A, von der Maase H, Rorth M, et al. Current concepts of radiation treatment of carcinoma in situ of the testis. *World J Urol* 1994;12:125–30. *EBM III+IV*
- 93 Heidenreich A, Vorreuther R, Neubauer S, et al. Paternity in patients with bilateral testicular germ cell tumors. *Eur Urol* 1997;31:246–8. *EBM IV*
- 94 Kliesch S, Bergmann M, Hertle L, et al. Semen parameters and testicular pathology in men with testicular cancer and contralateral carcinoma in situ or bilateral testicular malignancies. *Hum Reprod* 1997;12:2830–5. *EBM IV*
- 95 Dodds L, Marrett LD, Tomkins DJ, et al. Case-control study of congenital anomalies in children of cancer patients. *Brit Med J* 1993; 307:164–8. *EBM III*
- 96 Nieschlag E, Behre HM. Therapie mit Testosteron. In: Nieschlag E, Behre HM, Hrsg. *Andrologie – Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997:316–29. *EBM IB–IV*
- 97 Nieschlag E, Behre HM. Pharmacology and clinical use of testosterone. In: Nieschlag E, Behre HM, eds. *Testosterone – action, deficiency, substitution*. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1999:92–114. *EBM IB–IV*

8. Prognosefaktoren

8.1 Prognosefaktoren bei Frühstadien

- 63 Heidenreich A, Sesterhenn IA, Mostofi FK, et al. Prognostic factors that identify patients with clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors at low risk and high risk for metastasis. *Cancer* 1998;83:1002–1011. *EBM III*
- 98 von der Maase H. Prognostic factors for stage I seminoma. *UICC-Symposium on Testicular Cancer*, Tübingen, Abstractband 1999:21–2. *EBM III*

-
- 99 Warde P, von der Maase H, Horwich A, et al. Prognostic factors for relapse in stage I seminoma managed by surveillance. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1998;17:309a.abstract 1188. *EBM III*
- 100 Warde P, Gospodarowicz MK, Banerjee D, et al. Prognostic factors for relapse in stage I testicular seminoma treated with surveillance. *J Urol* 1997;157:1705–10. *EBM IIB*
- 101 Weissbach L, Bussar-Maatz R, Löhrs U, et al. Prognostic factors in seminomas with special respect to HCG: results of a prospective multicenter study. *Eur Urol* 1999;36:601–8. *EBM IIA+III*
- 102 Horwich A, Alsanjari N, A'Hearn R, et al. Surveillance following orchiectomy for stage I testicular seminoma. *Br J Cancer* 1992;65:775–8. *EBM III*
- 103 Böhlen D, Borner M, Sonntag RW, et al. Longterm results following adjuvant chemotherapy in patients with clinical stage I testicular nonseminomatous malignant germ cell tumors with high risk factors. *J Urol* 1999;161:1148–52. *EBM IIA*
- 104 Klepp O, Dahl O, Flodgren P, et al. Risk-adapted treatment of clinical stage I non-seminoma testis cancer. *Eur J Cancer* 1997;33:1038–44. *EBM IIA*
- 105 Kratzik Ch, Hörtl W, Albrecht W, et al. Risk adapted management for NSGCT stage 1 – long-term results of a multicenter study. *J Urol* 1996;157:547A. *EBM IIA*
- 106 Ondrus D, Matoska J, Belan V, et al. Prognostic factors in clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular tumors: rationale for different risk-adapted treatment. *Eur Urol* 1998;33:562–6. *EBM IIA+IIB*
- 107 Pont J, Hörtl W, Kosak D, et al. Risk-adapted treatment choice in stage I nonseminomatous testicular germ cell cancer by regarding vascular invasion in the primary tumor: a prospective trial. *J Clin Oncol* 1990;8:16–9. *EBM IIA*
- 108 Albers P, Ulbright TM, Albers J, et al. Tumor proliferative activity is predictive of pathological stage in clinical stage A non-seminomatous testicular germ cell tumors. *J Urol* 1996;155:579–86. *EBM IIB*
- 109 Madej G, Pawinski A. Risk-related adjuvant chemotherapy for stage I non-seminoma of the testis. *Clin Oncol* 1991;3:270–2. *EBM IIB*
- 110 Read G, Stenning SP, Cullen MH, et al. Medical Research Council prospective study of surveillance for stage I testicular teratoma. Medical Research Council Testicular Tumors Working Party. *J Clin Oncol* 1992;10:1762–8. *EBM IIB*
- 111 Sogani PC, Perrotti M, Herr HW, et al. Clinical stage I testis cancer: longterm outcome of patients on surveillance. *J Urol* 1998;159:855–8. *EBM IIB+III*
- 112 Moul JW, McCarthy WF, Fernandez EB, et al. Percentage of embryonal carcinoma and vascular invasion predict pathologic stage in clinical stage I non-seminomatous testicular cancer. *Cancer Res* 1994;54:1–3. *EBM III*
- 113 Albers P, Bierhoff E, Neu D, et al. MIB-1 immunohistochemistry predicts patients at low risk of metastasis in clinical stage I non-seminomatous testicular germ cell tumors. *Cancer* 1997;79:1710–6. *EBM III*
- 114 de Riese WT, Albers P, Walker EB, et al. Predictive parameters of biologic behavior of early stage nonseminomatous testicular germ cell tumors. *Cancer* 1994;74:1335–41. *EBM III*
- 115 Heidenreich A, Schenkman NS, Sesterhenn IA, et al. Immunohistochemical expression of Ki-67 to predict lymph node involvement in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *J Urol* 1997;158:620–5. *EBM III*
- 116 Nicolai N, Pizzocaro G. A surveillance study of clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis: a 10-year follow up. *J Urol* 1995;154:1045–9. *EBM III*
- 117 Sweeney CJ, Hermans BP, Heilman DK, et al. Results and outcome of retroperitoneal lymph node dissection for clinical stage I embryonal carcinoma-predominant testis cancer. *J Clin Oncol* 2000;18:358–62. *EBM III*
- 118 Javadpour N, Canning DA, O'Connell KJ, et al. Predictors of recurrent clinical stage I nonseminomatous testicular cancer. A prospective clinicopathologic study. *Urology* 1986;27:508–11. *EBM III*
- 119 Sesterhenn IA, Weiss RB, Mostofi FK, et al. Prognosis and other clinical correlates of pathologic review in stage I and II testicular carcinoma: a report from the Testicular Cancer Intergroup Study. *J Clin Oncol* 1992;10:69–78. *EBM III*

8.2 Prognosefaktoren bei fortgeschrittenen Stadien

- 81 Mead GM. International consensus prognostic classification for metastatic germ cell tumours treated with platinum based chemotherapy: Final report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995;14:235.abstract 615. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 82 International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). The International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor based staging system for metastatic germ cell cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:594–603. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 120 Beyer J, Schmoll HJ. Prognosefaktoren bei metastasierten seminomatösen und nichtseminomatösen Hodentumoren. *Onkologie* 1998;4:518–23. *EBM IIB+III*
- 121 Fossa SD, Stenning SP, Gerl A, et al. Prognostic factors in patients progressing after cisplatin-based chemotherapy for malignant non-seminomatous germ cell tumours. *Br J Cancer* 1999;80:1392–9. *EBM IIB*

9. Therapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie

- 92 Giwercman A, von der Maase H, Rorth M, et al. Current concepts of radiation treatment of carcinoma in situ of the testis. *World J Urol* 1994;12:125–30. *EBM III*
- 122 Skakkebaek NE, Berthelsen JG, Müller J. Carcinoma in situ of the undescended testis. *Urol Clin North Am* 1982;9:377–85. *EBM IIB*
- 123 Dieckmann KP, Claßen J, Souchon R, et al. Therapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie (TIN) – eine Übersicht auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin (EBM). *Wien Klin Wschr* 2001;113:7–14. *EBM IV*
- 124 Dieckmann KP, Besserer A, Loy V. Low-dose radiation therapy for testicular intraepithelial neoplasia. *J Cancer Res Clin Oncol* 1993;119:355–9. *EBM III*
- 125 Dieckmann KP, Loy V. The value of the biopsy of the contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer: the recent German experience. *APMIS* 1998;106:13–20. *EBM IIB+III*
- 126 Christensen TB, Daugaard G, Geertsen PF, et al. Effect of chemotherapy on carcinoma in situ of the testis. *Ann Oncol* 1998;9:657–60. *EBM IIB*

10. Therapie des Seminoms CS I

- 8 Souchon R, Krege S, Schmoll H-J, et al. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). *Strahlenther Onkol* 2000;176:388–405
- 9 Schmoll H-J, Krege S, Souchon R. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). *Onkologie* 2000;23:603–13
- 10 Krege S, Schmoll H-J, Souchon R. Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM). *Urologe (A)* 2001;40:137–47
- 11 Krege S, Schmoll H-J, Souchon R. Interdisciplinary Consensus on diagnosis and treatment of testicular germ cell tumors: result of an update conference on evidence-based medicine (EBM). *Eur Urol* 2001;40:372–391
- 35 Capelouto CC, Clark PE, Ransil BJ, et al. A review of scrotal violation in testicular cancer: Is adjuvant local therapy necessary? *J Urol* 1995;153:981–5. *EBM IIA*
- 98 von der Maase H. Prognostic factors for stage I seminoma. *UICC-Symposium on Testicular Cancer, Tübingen, Abstractband* 1999:21–2. *EBM III*
- 99 Warde P, von der Maase H, Horwich A, et al. Prognostic factors for relapse in stage I seminoma managed by surveillance. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1998;17:309a.abstract 1188. *EBM III*
- 100 Warde P, Gospodarowicz MK, Banerjee D, et al. Prognostic factors for relapse in stage I testicular seminoma treated with surveillance. *J Urol* 1997;157:1705–10. *EBM IIB*
- 102 Horwich A, Alsanjari N, A'Hearn R, et al. Surveillance following orchiectomy for stage I testicular seminoma. *Br J Cancer* 1992;65:775–8. *EBM III*

- 127 von der Maase H, Warde P, Specht L, et al. Prognostic factors for relapse following surveillance in seminoma stage I patients. *Radiother Oncol* 1998;48:Suppl 1:11.abstract 42. *EBM IIB*
- 128 Warde PR, Gospodarowicz MK, Goodman PJ, et al. Results of a policy of surveillance in stage I testicular seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:11–5. *EBM IIB*
- 129 Warde P, Gospodarowicz MK, Panzarella T, et al. Stage I testicular seminoma: results of adjuvant irradiation and surveillance. *J Clin Oncol* 1995;13:2255–62. *EBM IIB*
- 130 Fossa SD, Horwich A, Russel JM, et al. Optimal planning target volume for stage I testicular seminoma: a Medical Research Council randomized trial. *J Clin Oncol* 1999;17:1146–54. *EBM IB*
- 131 Jones WG, Fossa SD, Mead GM, et al. A randomised trial of two radiotherapy schedules in the adjuvant treatment of stage I seminoma (MRC TE 18). *Eur J Cancer* 2001;37:Suppl 6:S157.abstract 572. *EBM IB*
- 132 Bamberg M, Schmidberger H, Meisner C, et al. Radiotherapy for stage I, IIA/B testicular seminoma. *Int J Cancer* 1999;83:823–7. *EBM IIA*
- 133 Jones CU, Rosenthal SA, Chang GC, et al. Is pelvic RT necessary in the treatment of stage I testicular seminoma? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42:Suppl 1:2117. *EBM IIA*
- 134 Kiricuta IO, Sauer J, Bohndorf W. Omission of the pelvic irradiation in stage I testicular seminoma: A study of postorchietomy paraaortic radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;35:293–8. *EBM IIA*
- 135 Warde P, Jewett MAS. Surveillance for stage I testicular seminoma. Is it a good option? *Urol Clin North Am* 1998;25:425–33. *EBM III*
- 136 Logue JP, Mobarek N, Read G. Short fractionation para-aortic radiotherapy for stage I seminoma of the testis. *Radiother Oncol* 1998;48:Suppl1:10. *EBM IIB*
- 137 Kennedy CL, Hendry WF, Peckham MJ. The significance of scrotal interference in stage I testicular cancer managed by orchietomy and surveillance. *Brit J Urol* 1986;58:705–8. *EBM III*
- 138 Thomas GM, Rider WD, Dembo AJ, et al. Seminoma of the testis: results of treatment and patterns of failure after radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1982;8:165–74. *EBM III*
- 139 Dieckmann K-P, Brüggelboes B, Pichlmeier U, et al. Adjuvant treatment of clinical stage I seminoma: Is one single course of carboplatin sufficient? *Urology* 2000;55:102–6. *EBM IIB*
- 140 Mason M, Jones W. Treatment of stage I seminoma: more choice, more dilemmas. *Clin Oncol* 1997;9:210–2. *EBM IIB*
- 141 Oliver RTD, Ong J. Seventeen years experience of phase I/II studies of single agent platinum compounds as alternatives to radiation for metastatic and stage I seminoma. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1996;15:244.abstract 613. *EBM IIB*
- 142 Krege S, Kalund G, Otto T, et al. Phase II study: adjuvant single-agent carboplatin therapy for clinical stage I seminoma. *Eur Urol* 1997;31:405–7. *EBM IIB*
- 143 Dosman MA, Zagars GK. Postorchietomy radiotherapy for stages I and II testicular seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;26:381–90. *EBM IIB*
- 144 Zagars GK. Management of stage I seminoma: radiotherapy. In: Horwich A, ed. *Testicular Cancer: investigation and management*. London: Chapman & Hall, 1996:99–106. *EBM IIB*
- 145 Travis LB, Curtis RE, Storm H, et al. Risk of second malignant neoplasms among long-term survivors of testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1429–39. *EBM III*
- 146 Travis L, Andersson M, Holowaty E, et al. Risk of leukemia following radiotherapy and chemotherapy for testicular cancer. *Proc Am Soc Clin Onc* 1999;18:308a. abstract 1185. *EBM III*
- 147 Bokemeyer C, Schmoll H-J. Secondary neoplasms following treatment of malignant germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1993;11:1703–9. *EBM III*
- 148 Sternberg CN. The management of stage I testis cancer. *Urol Clin North Am* 1998;25:435–49. *EBM IIB*
- 149 von der Maase H, Specht L, Jacobsen GK, et al. Surveillance following orchietomy for stage I seminoma of the testis. *Eur J Cancer* 1993;29A:1931–4. *EBM IIB*
- 150 Baniel J, Foster RS, Gonin R, et al. Late relapse of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1995;13:1170–6. *EBM III*
- 151 Fossa SD, Moynihan C, Serbuti S. Patients' and doctors' perception of long-term morbidity in patients with testicular cancer clinical stage I. *Support Care Cancer* 1996;4:118–28. *EBM III*

11. Therapie des Seminoms CS IIA/B

- 35 Capelouto CC, Clark PE, Ransil BJ, et al. A review of scrotal violation in testicular cancer: Is adjuvant local therapy necessary? *J Urol* 1995;153:981–5. *EBM IIA*
- 132 Bamberg M, Schmidberger H, Meisner C, et al. Radiotherapy for stage I, IIA/B testicular seminoma. *Int J Cancer* 1999;83:823–7. *EBM IIA*
- 138 Thomas GM, Rider WD, Dembo AJ, et al. Seminoma of the testis: results of treatment and patterns of failure after radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1982;8:165–74. *EBM III*
- 152 Schmidberger H, Bamberg M, Meisner C, et al. Radiotherapy in stage IIA and IIB testicular seminoma with reduced portals: a prospective multicenter study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997;39:321–6. *EBM IIB*
- 153 Bauman GS, Venkatesan VM, Ago CT, et al. Postoperative radiotherapy for stage I/II seminoma: results of 212 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42:313–7. *EBM III*
- 154 Bayens YC, Helle PA, van Putten WLJ, et al. Orchidectomy followed by radiotherapy in 176 stage I and II testicular seminoma patients: benefits of a 10-year follow-up study. *Radiother Oncol* 1992;25:97–102. *EBM III*
- 155 Hültenschmidt B, Budach V, Genters K, et al. Results of radiotherapy for 230 patients with stage I–II seminomas. *Strahlenther Onkol* 1996;172:186–92. *EBM III*
- 156 Kellokumpu-Lehtinen P, Halme A. Results of treatment in irradiated testicular seminoma patients. *Radiother Oncol* 1990;18:1–7. *EBM III*
- 157 Lai PP, Bernstein MJ, Kim H, et al. Radiation therapy for stage I and IIA testicular seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;28:373–9. *EBM III*
- 158 Lederman GS, Herman TS, Jochelson M, et al. Radiation therapy of seminoma: 17-year experience at the Joint Center for radiation therapy. *Radiother Oncol* 1989;14:203–8. *EBM III*
- 159 Vallis KA, Howard GCW, Duncan W, et al. Radiotherapy for stage I and II testicular seminoma: results and morbidity in 238 patients. *Brit J Radiol* 1995;68:400–5. *EBM III*
- 160 Warde P, Gospodarowicz M, Panzarella T, et al. Management of stage II seminoma. *J Clin Oncol* 1998;16:290–4. *EBM III*
- 161 Whipple GL, Sagerman RH, van Rooy EM. Long-term evaluation of postorchidectomy radiotherapy for stage II seminoma. *Am J Clin Oncol* 1997;20:196–201. *EBM III*
- 162 Zagars GK, Babaian RJ. The role of radiation in stage II testicular seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987;13:162–70. *EBM III*
- 163 Patterson H, Norman AR, Mitra SS, et al. Combination carboplatin and radiotherapy in the management of stage II testicular seminoma: comparison with radiotherapy treatment alone. *Radiother Oncol* 2001;59:5–11. *EBM IIB*

12. Therapie des Nichtseminoms CS I

- 62 Fernandez EB, Moul JW, Foley JP, et al. Retroperitoneal imaging with third and fourth generation computed axial tomography in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *Urology* 1994;44:548–52. *EBM III*
- 104 Klepp O, Dahl O, Flodgren P, et al. Risk-adapted treatment of clinical stage I non-seminoma testis cancer. *Eur J Cancer* 1997;33:1038–44. *EBM IIA*
- 106 Ondrus D, Matoska J, Belan V, et al. Prognostic factors in clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular tumors: rationale for different risk-adapted treatment. *Eur Urol* 1998;33:562–6. *EBM IIA+IIB*
- 110 Read G, Stenning SP, Cullen MH, et al. Medical Research Council prospective study of surveillance for stage I testicular teratoma. Medical Research Council Testicular Tumors Working Party. *J Clin Oncol* 1992;10:1762–8. *EBM IIB*
- 115 Heidenreich A, Schenkman NS, Sesterhenn IA, et al. Immunohistochemical expression of Ki-67 to predict lymph node involvement in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *J Urol* 1997;158:620–5. *EBM III*
- 119 Sesterhenn IA, Weiss RB, Mostofi FK, et al. Prognosis and other clinical correlates of pathologic review in stage I and II testicular carcinoma: a report from the Testicular Cancer Intergroup Study. *J Clin Oncol* 1992;10:69–78. *EBM III*

- 145 Travis LB, Curtis RE, Storm H, et al. Risk of second malignant neoplasms among long-term survivors of testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1429–39. *EBM III*
- 146 Travis L, Andersson M, Holowaty E, et al. Risk of leukemia following radiotherapy and chemotherapy for testicular cancer. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1999;18:308a.abstract 1185. *EBM III*
- 147 Bokemeyer C, Schmoll H-J. Secondary neoplasms following treatment of malignant germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1993;11:1703–9. *EBM III*
- 151 Fossa SD, Moynihan C, Serbuti S. Patients' and doctors' perception of long-term morbidity in patients with testicular cancer clinical stage I. *Support Care Cancer* 1996;4:118–28. *EBM III*
- 164 Rorth M, Jacobsen GK, van der Maase H, et al. Surveillance alone versus radiotherapy after orchiectomy for clinical stage I nonseminomatous testicular cancer. *J Clin Oncol* 1991;9:1543–8. *EBM IB*
- 165 Pizzocaro G, Nicolai N, Salvioni R, et al. Comparison between clinical and pathological staging in low stage nonseminomatous germ cell testicular tumors. *J Urol* 1992;148:76–9. *EBM III*
- 166 Donohue JP, Thornhill JA, Foster RS, et al. Retroperitoneal lymphadenectomy for clinical stage A testis cancer (1965–1989): modifications of technique and impact on ejaculation. *J Urol* 1993;149:237–43. *EBM III*
- 167 Sharir S, Foster RS, Jewett MAS, et al. Optimizing follow up for early stage non-seminomatous testicular cancer. *J Urol* 1996;155:Suppl:327a.abstract 67. *EBM III*
- 168 Weissbach L, Boedefeld EA, Horstmann-Dubral B, for Testicular Tumor Study Group Bonn. Surgical treatment of stage-I non-seminomatous germ cell testis tumor. *Eur Urol* 1990;17:97–106. *EBM IIA*
- 169 Donohue JP, Foster RS, Rowland RG, et al. Nervesparing retroperitoneal lymphadenectomy with preservation of ejaculation. *J Urol* 1990;144:287–92. *EBM III*
- 170 Baniel J, Foster RS, Rowland RG, et al. Complications of primary retroperitoneal lymph node dissection. *J Urol* 1994;152:424–7. *EBM III*
- 171 Pont J, Albrecht W, Postner G, et al. Adjuvant chemotherapy for high-risk clinical stage I non-seminomatous testicular germ cell cancer: long-term results of a prospective trial. *J Clin Oncol* 1996;14:441–8. *EBM IIA*
- 172 Cullen MH, Stenning SP, Parkinson MC, et al. Short-course adjuvant chemotherapy in high-risk stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis: a Medical Research Council report. *J Clin Oncol* 1996;14:1106–13. *EBM III*
- 173 Hartmann JT, Albrecht C, Schmoll HJ, et al. Long term effects on sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *Br J Cancer* 1999;80:801–7. *EBM IIB*

13. Therapie des Nichtseminoms CS IIA/B

- 145 Travis LB, Curtis RE, Storm H, et al. Risk of second malignant neoplasms among long-term survivors of testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1429–39. *EBM III*
- 146 Travis L, Andersson M, Holowaty E, et al. Risk of leukemia following radiotherapy and chemotherapy for testicular cancer. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1999;18:308a. abstract 1185. *EBM III*
- 147 Bokemeyer C, Schmoll H-J. Secondary neoplasms following treatment of malignant germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1993;11:1703–9. *EBM III*
- 170 Baniel J, Foster RS, Rowland RG, et al. Complications of primary retroperitoneal lymph node dissection. *J Urol* 1994;152:424–7. *EBM III*
- 173 Hartmann JT, Albrecht C, Schmoll HJ, et al. Long term effects on sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *Br J Cancer* 1999;80:801–7. *EBM IIB*
- 174 Williams SD, Stablein DM, Einhorn LH, et al. Immediate adjuvant chemotherapy versus observation with treatment at relapse in pathological stage II testicular cancer. *New Engl J Med* 1987;317:1433–8. *EBM IB*
- 175 Weissbach L, Bussar-Maatz R, Flechtner H, et al. RPLND or primary chemotherapy in clinical stage IIA/B nonseminomatous germ cell tumors? – Results of a prospective multicenter trial including quality of life assessment. *Eur Urol* 2000;37:582–94. *EBM IIA*

- 176 Donohue JP, Thornhill JA, Foster RS, et al. The role of retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage B testis cancer: The Indiana University experience (1965 to 1989). *J Urol* 1995;153:85–9. *EBM III*
- 177 Kennedy BJ, Torkelson JL, Fraley EE. Adjuvant chemotherapy for stage II nonseminomatous germ cell cancer of the testis. *Cancer* 1994;73:1485–9. *EBM III*
- 178 Jewitt MAS, Sturgeon JFG, Gospodarowicz MK, et al. Comparison of the natural history of stage I nonseminoma and seminoma testis using the results of expectant management. *J Urol* 1993;149:308 A. *EBM IIB*
- 179 de Bruin MJFM, Oosterhof GON, Debruyne FM. Nerve-sparing retroperitoneal lymphadenectomy for low stage testicular cancer. *Br J Urol* 1993;71:336–9. *EBM III*
- 180 Pont J, Albrecht W. Fertility after chemotherapy for testicular germ cell cancer. *Fertil Steril* 1997;68:1–5. *EBM IIA*
- 181 Brennemann W, Stoffel-Wagner B, Herlmers A, et al. Gonadal function of patients treated with cisplatin based chemotherapy for germ cell cancer. *J Urol* 1997;158:844–50. *EBM III*
- 182 Pizzocaro G, Monfardini S. No adjuvant chemotherapy in selected patients with pathological stage II nonseminomatous germ cell tumors of the testis. *J Urol* 1994;131:677–80. *EBM IIA*
- 183 Weißbach L, Hartlapp JH. Adjuvant chemotherapy of metastatic stage II non-seminomatous testis tumor. *J Urol* 1991;146:1285–98. *EBM III*
- 184 Kuczyk M, Machtens S, Stief C, et al. Management of the post-chemotherapy residual mass in patients with advanced stage non-seminomatous germ cell tumors (GCT). *Int J Cancer* 1999;83:852–5. *EBM IIB+III*
- 185 Horwich A, Stenning S. Initial chemotherapy for stage II testicular nonseminoma. *World J Urol* 1994;12:148–50. *EBM III*
- 186 Horwich A, Huddart R, Dearnaley D. Markers and management of germ-cell tumours of the testis. *Lancet* 1998;352:1535–8. *EBM III*
- 187 Logothetis CJ, Samuels ML, Selig DE, et al. Primary chemotherapy followed by a selective retroperitoneal lymphadenectomy in the management of clinical stage II testicular carcinoma: a preliminary report. *J Urol* 1985;134:1127–30. *EBM III*
- 188 Peckham MJ, Hendry WF. Clinical stage II non-seminomatous germ cell testicular tumors. Results of management by primary chemotherapy. *Br J Urol* 1985;57:763–8. *EBM III*
- 189 Aass N, Kaasa S, Lund E, et al. Long term somatic side-effects and morbidity in testicular cancer patients. *Brit J Cancer* 1990;61:151–5. *EBM III*
- 190 Boyer MJ, Cox K, Tattersall MH, et al. Active surveillance after orchiectomy for nonseminomatous testicular germ cell tumors: late relapse may occur. *Urology* 1997;50:588–92. *EBM III*
- 191 Stuart NSA, Woodroffe CM, Grundy R, et al. Long-term toxicity of chemotherapy for testicular cancer – the cost of cure. *Br J Cancer* 1990;61:479–84. *EBM III*

14. Therapie der fortgeschrittenen Stadien

- 81 Mead GM. International consensus prognostic classification for metastatic germ cell tumours treated with platinum based chemotherapy: Final report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995;14:235.abstract 615. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 82 International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). The International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor based staging system for metastatic germ cell cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:594–603. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 192 de Wit R, Stoter G, Kaye SB, Sleijfer DT, et al. Importance of bleomycin in combination chemotherapy for good-prognosis testicular nonseminoma: a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group. *J Clin Oncol* 1997;15:1837–43. *EBM IB*
- 193 Horwich A, Sleijfer DT, Fossa SD, et al. Randomized trial of bleomycin, etoposide, and cisplatin compared with bleomycin, etoposide, and carboplatin in good-prognosis metastatic non-seminomatous germ cell cancer: a multiinstitutional Medical Research Council/European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial. *J Clin Oncol* 1997;15:1844–52. *EBM IB*

- 194 de Wit R, Roberts JT, Wilkinson PM, et al. Equivalence of three or four cycles of bleomycin, etoposide, and cisplatin chemotherapy and of a 3- or 5-day schedule in good-prognosis germ cell cancer: a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group and the Medical Research Council. *J Clin Oncol* 2001;19:1629–40. *EBM IB*
- 195 Fossa SD. Quality of life (QL) in patients with good prognosis metastatic malignant germ cell tumour (MGCT): comparison of 4 chemotherapy schedules (EORTC 30941/MRC te20). *Eur J Cancer* 2001;37:Suppl 6:S157.abstract 573. *EBM IB*
- 196 Bokemeyer C, Kuczyk MA, Köhne H, et al. Hematopoietic growth factors and treatment of testicular cancer: biological interactions, routine use and dose intensive chemotherapy. *Ann Hematol* 1996;72:1–9. *EBM IIA*
- 197 Fossa SD, Kaye SB, Mead GM, et al. Filgrastim during combination chemotherapy of patients with poor-prognosis metastatic germ cell malignancy. European Organization for Research and Treatment of Cancer, Genito-Urinary Group, and the Medical Research Council Testicular Cancer Working Party, Cambridge, United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:716–24. *EBM IIA*
- 198 de Wit R, Stoter G, Sleijfer DT, et al. Four cycles of BEP vs four cycles of VIP in patients with intermediate-prognosis metastatic testicular non-seminoma: a randomized study of the EORTC Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group. European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Br J Cancer* 1998;78:828–32. *EBM IB*
- 199 de Wit R, Louwerens M, de Mulder PH, et al. Management of intermediate-prognosis germ-cell cancer: results of a phase I/II study of Taxol-BEP. *Int J Cancer* 1999;83:831–3. *EBM IV*
- 200 Nichols CR, Catalano PJ, Crawford ED, et al. Randomized comparison of cisplatin and etoposide and either bleomycin or ifosfamide in treatment of advanced disseminated germ cell tumors: an Eastern Cooperative Oncology Group, Southwest Oncology Group, and Cancer and Leukemia Group B Study. *J Clin Oncol* 1998;16:1287–93. *EBM IB*
- 201 Sonneveld D, Hoekstra HJ, van der Graaf WTA, et al. Improved long term survival of patients with metastatic nonseminomatous testicular germ cell carcinoma in relation to prognostic classification systems during the cisplatin era. *Cancer* 2001;91:1304–15. *EBM III*
- 202 Bokemeyer C, Kollmannsberger C, Meisner C, et al. First-line high-dose chemotherapy compared with standard-dose PEB/VIP chemotherapy in patients with advanced germ cell tumors: A multivariate and matched-pair analysis. *J Clin Oncol* 1999;17:3450–6. *EBM IIB*
- 203 Motzer RJ, Mazumdar M, Bajorin DF, et al. High-dose carboplatin, etoposide, and cyclophosphamide with autologous bone marrow transplantation in first-line therapy for patients with poor-risk germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1997;15:2546–52. *EBM IIB*

15. Therapie bei Hirnmetastasen

- 83 Bokemeyer C, Nowak P, Haupt A, et al. Treatment of brain metastases in patients with testicular cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:1449–54. *EBM III*
- 84 Fossa SD, Bokemeyer C, Gerl A, et al. Treatment outcome of patients with brain metastases from malignant germ cell tumors. *Cancer* 1999;85:988–97. *EBM IIA*
- 204 Kollmannsberger C, Nichols C, Bamberg M, et al. First-line high-dose chemotherapy +/- radiation in patients with metastatic germ-cell cancer and brain metastases. *Ann Oncol* 2000;11:553–9. *EBM III*
- 205 Spears WT, Morphis JG, Lester SG, et al. Brain metastases and testicular tumors: long-term survival. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;22:17–22. *EBM IIB*

16. Therapiesteuerung

- 81 Mead GM. International consensus prognostic classification for metastatic germ cell tumours treated with platinum based chemotherapy: Final report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995;14:235.abstract 615. *EBM IA/IIA/IIB/III*

- 82 International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). The International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor based staging system for metastatic germ cell cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:594–603. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 203 Motzer RJ, Mazumdar M, Bajorin DF, et al. High-dose carboplatin, etoposide, and cyclophosphamide with autologous bone marrow transplantation in first-line therapy for patients with poor-risk germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1997;15:2546–52. *EBM IIB*
- 206 Gerl A, Clemm C, Lamerz R, et al. Prognostic implications of tumour marker analysis in non-seminomatous germ cell tumours with poor prognosis metastatic disease. *Eur J Cancer* 1993;29A:961–5. *EBM IIA*
- 207 Murphy BA, Motzer RJ, Mazumdar M, et al. Serum tumor marker decline is an early predictor of treatment outcome in germ cell tumor patients treated with cisplatin and ifosfamide salvage chemotherapy. *Cancer* 1994;73:2520–6. *EBM IIA*
- 208 de Wit R, Collette L, Sylvester R, de Mulder PH, et al. Serum alpha-fetoprotein surge after the initiation of chemotherapy for non-seminomatous testicular cancer has an adverse prognostic significance. *Br J Cancer* 1998;78:1310–5. *EBM IIB*
- 209 Zon RT, Nichols C, Einhorn LH. Management strategies and outcomes of germ cell tumor patients with very high human chorionic gonadotropin levels. *J Clin Oncol* 1998;16:1294–7. *EBM III*

17. Residualtumorresektion

- 184 Kuczyk M, Machtens S, Stief C, et al. Management of the post-chemotherapy residual mass in patients with advanced stage non-seminomatous germ cell tumors (GCT). *Int J Cancer* 1999;83:852–5. *EBM IIB+III*
- 210 Fossa SD, Borge L, Aas N, et al. Treatment of advanced metastatic seminoma: experience in 55 cases. *J Clin Oncol* 1987;5:1071–7. *EBM III*
- 211 Herr HW, Bosl G. Residual mass after chemotherapy for seminoma: changing concepts of management. *J Urol* 1987;137:1234–5. *EBM III*
- 212 Hofmockel G, Gruss A, Theiss M. Chemotherapy in advanced seminoma and the role of post-cytostatic retroperitoneal lymph node dissection. *Urol Int* 1996;57:38–42. *EBM III*
- 213 Kamat MR, Kulkarni JN, Tongoankar HB, et al. Value of retroperitoneal lymph node dissection in advanced testicular seminoma. *J Surg Oncol* 1992;51:65–7. *EBM III*
- 214 Loehrer PJ Sr, Birch R, Williams SD, et al. Chemotherapy of metastatic seminoma: The Southeastern Cancer Study Group experience. *J Clin Oncol* 1987;5:1212–20. *EBM III*
- 215 Motzer R, Bosl G, Heelan R, et al. Residual mass: an indication for further therapy in patients with advanced seminoma following systemic chemotherapy. *J Clin Oncol* 1987;5:1064–70. *EBM III*
- 216 Peckham MJ, Horwich A, Hendry WF. Advanced seminoma treatment with cisplatin based combination chemotherapy or carboplatin (JM8). *Br J Cancer* 1985;52:7–13. *EBM III*
- 217 De Santis M, Bokemeyer C, Becherer A, et al. Predictive impact of 2-18fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography (FDG PET) for residual postchemotherapy masses in patients with bulky seminoma. *J Clin Oncol* 2001; in press. *EBM III*
- 218 Duchesne GM, Stenning SP, Aass N, et al. Radiotherapy after chemotherapy for metastatic seminoma – a diminishing role. *Eur J Cancer* 1997;33:829–35. *EBM III*
- 219 Bamberg M, Claßen J. Stellenwert der Strahlentherapie von Residualtumoren nach Chemotherapie metastasierter Seminome. *Strahlenther Onkol* 1998;174:442–3. *EBM IV*
- 220 Puc H, Heelan R, Mazumdar M, et al. Management of residual mass in advanced seminoma: results and recommendations from Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *J Clin Oncol* 1996;14:454–60. *EBM IV*
- 221 Fossa SD, Ous S, Lien HH, et al. Post-chemotherapy lymph node histology in radiologically normal patients with metastatic nonseminomatous testicular cancer. *J Urol* 1989;141:557–9. *EBM IIB*
- 222 Toner GC, Panicek DM, Heelan RT, et al. Adjunctive surgery after chemotherapy for nonseminomatous germ cell tumors: recommendations for patient selection. *J Clin Oncol* 1990;8:1683–94. *EBM IIB*

-
- 223 Donohue JP, Rowland RG, Kopecky K, et al. Correlation of computerized tomographic changes and histological findings in 80 patients having radical retroperitoneal lymph node dissection after chemotherapy for testis cancer. *J Urol* 1987;137:1176–9. *EBM III*
- 224 Richie JP. The surgical management of advanced abdominal disease. *Semin Urol* 1984;2:238–43. *EBM III*
- 225 Stomper PC, Fung CY, Socinski MA, et al. Detection of retroperitoneal metastases in early-stage nonseminomatous testicular cancer: analysis of different CT criteria. *Am J Roentgenol* 1987;149:1187–90. *EBM III*
- 226 Aprikian AG, Herr HW, Bajorin DF, et al. Resection of postchemotherapy residual masses and limited retroperitoneal lymphadenectomy in patients with metastatic testicular nonseminomatous germ cell tumors. *Cancer* 1994;74:1329–34. *EBM IIA*
- 227 Herr HW. Does necrosis on frozen-section analysis of a mass after chemotherapy justify a limited retroperitoneal resection in patients with advanced testis cancer? *Br J Urol* 1997;80:653–7. *EBM IIA*
- 228 Hendry WF, A'Hern RP, Hetherington JW, et al. Para-aortic lymphadenectomy after chemotherapy for metastatic non-seminomatous germ cell tumors: prognostic value and therapeutic benefit. *Br J Urol* 1993;71:208–13. *EBM IIB*
- 229 Wood DP, Herr HW, Heller G, et al. Distribution of retroperitoneal metastases after chemotherapy in patients with nonseminomatous germ cell tumors. *J Urol* 1992;148:1812–16. *EBM IIB*
- 230 Baniel J, Foster RS, Rowland RG, et al. Complications of post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection. *J Urol* 1995;153:976–80. *EBM III*
- 231 Hartmann JT, Schmoll H-J, Kuczyk MA, et al. Postchemotherapy resections of residual masses from metastatic non-seminomatous germ cell tumors. *Ann Oncol* 1997;8:531–8. *EBM III*
- 232 Rabbani F, Goldenberg SL, Gleave ME, et al. Retroperitoneal lymphadenectomy for post-chemotherapy residual masses: is a modified dissection and resection of the residual mass sufficient? *Br J Urol* 1998;81:295–300. *EBM III*
- 233 Tekgul S, Özen HA, Celebi I, et al. Post-chemotherapeutic surgery for metastatic testicular germ cell tumors: results of extended primary chemotherapy and limited surgery. *Urology* 1994;43:349–54. *EBM III*
- 234 Steyerberg EW, Keizer HJ, Fossa SD, et al. Prediction of residual retroperitoneal mass histology after chemotherapy for metastatic nonseminomatous germ cell tumor: multivariate analysis of individual patient data from six study groups. *J Clin Oncol* 1995;13:1177–87. *EBM IIB*
- 235 Hartmann JT, Candelaria M, Kuczyk MA, et al. Comparison of histological results from the resection of residual masses at different sites after chemotherapy for metastatic non-seminomatous germ cell tumours. *Eur J Cancer* 1997;33:843–7. *EBM III*
- 236 Stenning SP, Parkinson MC, Fisher C, et al. Postchemotherapy residual masses in germ cell tumor patients: content, clinical features, and prognosis. Medical Research Council Testicular Tumour Working Party. *Cancer* 1998;83:1409–19. *EBM III*
- 237 Weinknecht S, Hartmann M, Weißbach L. Bei welchen markerpositiven Patienten mit Keimzelltumoren ist die Residualtumorresektion sinnvoll? *Urologe A* 1998;37:621–4. *EBM III*
- 238 Cagini L, Nicholson AG, Horwich A, et al. Thoracic metastasectomy for germ cell tumours: long term survival and prognostic factors. *Ann Oncol* 1998;9:1185–91. *EBM IIB*
- 239 Tiffany P, Morse MJ, Bosl G, et al. Sequential excision of residual thoracic and retroperitoneal masses after chemotherapy for stage III germ cell tumors. *Cancer* 1986;57:978–83. *EBM IIB*
- 240 Donohue JP. The case for retroperitoneal lymphadenectomy after chemotherapy for selected patients with nonseminomatous tumours of the testis. In: Carlton CE, ed. *Controversies in Urology*. Chicago: Year Book Publishers, 1989:225–9. *EBM III*
- 241 Hendry WF, Barrett A, McElwain JJ, et al. The role of surgery in the combined management of metastases from malignant teratomas of the testis. *Br J Urol* 1980;52:38–44. *EBM III*

18. Konsolidierende Chemotherapie nach Resektion von vitalem Resttumor

- 231 Hartmann JT, Schmoll H-J, Kuczyk MA, et al. Postchemotherapy resections of residual masses from metastatic non-seminomatous germ cell tumors. *Ann Oncol* 1997;8:531–8. *EBM IV*
- 236 Stenning SP, Parkinson MC, Fisher C, et al. Postchemotherapy residual masses in germ cell tumor patients: content, clinical features, and prognosis. Medical Research Council Testicular Tumour Working Party. *Cancer* 1998;83:1409–19. *EBM IV*
- 242 Fizazi K, Tjulandin S, Salvioni R, et al. Viable malignant cells after primary chemotherapy for disseminated nonseminomatous germ cell tumors: prognostic factors and role of postsurgery chemotherapy – results from an international study. *J Clin Oncol* 2001;19:2647–2657. *EBM III*

19. Systemische Salvagetherapie

- 120 Beyer J, Schmoll HJ. Prognosefaktoren bei metastasierten seminomatösen und nichtseminomatösen Hodentumoren. *Onkologie* 1998;4:518–23. *EBM IIB*
- 121 Fossa SD, Stenning SP, Gerl A, et al. Prognostic factors in patients progressing after cisplatin-based chemotherapy for malignant non-seminomatous germ cell tumours. *Br J Cancer* 1999;80:1392–9. *EBM IIB*
- 132 Bamberg M, Schmidberger H, Meisner C, et al. Radiotherapy for stage I, IIA/B testicular seminoma. *Int J Cancer* 1999;83:823–7. *EBM IIA*
- 243 Miller KD, Loehrer PJ, Gonin R, et al. Salvage chemotherapy with vinblastine, ifosfamide, and cisplatin in recurrent seminoma. *J Clin Oncol* 1997;15:1427–31. *EBM IIB*
- 244 Beyer J, Bokemeyer C, Schmoll HJ, et al. Salvagetherapie rezidivierender und refraktärer Hodentumoren. *Onkologie* 1998;4:541–6. *EBM IIB*
- 245 Loehrer PJ Sr, Gonin R, Nichols CR, et al. Vinblastine plus ifosfamide plus cisplatin as initial salvage therapy in recurrent germ cell tumor. *J Clin Oncol* 1998;16:2500–4. *EBM IIB*
- 246 Kaye SB, Mead GM, Fossa S, et al. Intensive induction-sequential chemotherapy with BOP/VIP-B compared with treatment with BEP/EP for poor prognosis metastatic germ cell tumor: a randomized Medical Research Council/European Organization for Research and Treatment of Cancer study. *J Clin Oncol* 1998;16:692–701. *EBM IIB*
- 247 Beyer J, Stenning S, Gerl A, et al. High-dose versus conventional-dose first-salvage treatment in nonseminoma: a matched-pair analysis. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1999;19:326a.abstract 1255. *EBM III*

20. Operative Rezidiv-/ Salvagetherapie

- 121 Fossa SD, Stenning SP, Gerl A, et al. Prognostic factors in patients progressing after cisplatin-based chemotherapy for malignant non-seminomatous germ cell tumours. *Br J Cancer* 1999;80:1392–9. *EBM IIB*
- 150 Baniel J, Foster RS, Gonin R, et al. Late relapse of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1995;13:1170–6. *EBM III*
- 229 Wood DP, Herr HW, Heller G, et al. Distribution of retroperitoneal metastases after chemotherapy in patients with nonseminomatous germ cell tumors. *J Urol* 1992;148:1812–16. *EBM III*
- 231 Hartmann JT, Schmoll H-J, Kuczyk MA, et al. Postchemotherapy resections of residual masses from metastatic non-seminomatous germ cell tumors. *Ann Oncol* 1997;8:531–8. *EBM III*
- 237 Weinknecht S, Hartmann M, Weißbach L. Bei welchen markerpositiven Patienten mit Keimzelltumoren ist die Residualtumorresektion sinnvoll? *Urologe A* 1998;37:621–4. *EBM III*
- 239 Tiffany P, Morse MJ, Bosl G, et al. Sequential excision of residual thoracic and retroperitoneal masses after chemotherapy for stage III germ cell tumors. *Cancer* 1986;57:978–83. *EBM IIB*
- 248 Cassidy J, Lewis CR, Kaye SB, et al. The changing role of surgery in metastatic non-seminomatous germ cell tumour. *Br J Cancer* 1992;65:127–9. *EBM III*
- 249 Coogan CL, Foster RS, Rowland RG, et al. Postchemotherapy retroperitoneal lymph node dissection is effective therapy in selected patients with elevated tumor markers after primary chemotherapy alone. *Urology* 1997;50:957–62. *EBM III*

- 250 Eastham JA, Wilson TG, Russell C, et al. Surgical resection in patients with nonseminomatous germ cell tumor who fail to normalize serum tumor markers after chemotherapy. *Urology* 1994;43:74–80. *EBM III*
- 251 Foster RS, Donohue JP. Can retroperitoneal lymphadenectomy be omitted in some patients after chemotherapy? *Urol Clin North Am* 1998;25:479–84. *EBM III*
- 252 Gerl A, Clemm C, Schmeller N, et al. Late relapse of germ cell tumors after cisplatin-based chemotherapy. *Ann Oncol* 1997;8:41–7. *EBM III*
- 253 Kisbenedek L, Bodrogi I, Szeldeli P, et al. Results of salvage retroperitoneal lymphadenectomy (RLA) in the treatment of patients with nonseminomatous germ cell tumors remaining marker positive after inductive chemotherapy. *Int Urol Nephrol* 1995;27:325–9. *EBM III*
- 254 Murphy BR, Breeden ES, Donohue JP, et al. Surgical salvage of chemorefractory germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1993;11:324–9. *EBM III*
- 255 Nichols C. Treatment of recurrent germ cell tumors. *Semin Surg Oncol* 1999;17:268–74. *EBM III*
- 256 Ravi R, Ong J, Oliver RT, et al. Surgery as salvage therapy in chemotherapy-resistant nonseminomatous germ cell tumors. *Br J Urol* 1998;81:884–8. *EBM III*

21. Organisatorisches zur Durchführung der Lymphadenektomie und Chemotherapie

- 257 Albers P, Dommer K, Müller SC. Hodentumoren – Todesfälle und Rezidive nach inadäquater Therapie. *Urologe A* 1998;37:625–8. *EBM III*
- 258 Collette L, Sylvester RJ, Stenning SP, et al. Impact of the treating institution on survival of patients with »poor-prognosis« metastatic nonseminoma. European Organization for Research and Treatment of Cancer Genito-Urinary Tract Cancer Collaborative Group and the Medical Research Council Testicular Cancer Working Party. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:839–46. *EBM III*
- 259 Unger G, Wegener G, Günther B. Hodentumoren in Niedersachsen und Bremen. Hannover: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, 1996. *EBM III*

22. Evaluation des Therapieergebnisses

- 58 White PM, Howard GC, Best JJ, et al. The role of computed tomographic examination of the pelvis in the management of testicular germ cell tumours. *Clin Radiol* 1997;52:124–9. *EBM IIB*
- 59 White PM, Adamson DJA, Howard GCW, et al. Imaging of the thorax in the management of germ cell testicular tumours. *Clin Radiol* 1999;54:207–11. *EBM IIB+III*
- 257 Albers P, Dommer K, Müller SC. Hodentumoren – Todesfälle und Rezidive nach inadäquater Therapie. *Urologe A* 1998;37:625–8. *EBM III*
- 258 Collette L, Sylvester RJ, Stenning SP, Fossa SD, Mead GM, de Wit R, de Mulder PH, Neymark N, Lallemand E, Kaye. Impact of the treating institution on survival of patients with »poor-prognosis« metastatic nonseminoma. European Organization for Research and Treatment of Cancer Genito-Urinary Tract Cancer Collaborative Group and the Medical Research Council Testicular Cancer Working Party. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:839–46. *EBM III*
- 259 Unger G, Wegener G, Günther B. Hodentumoren in Niedersachsen und Bremen. Hannover: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen 1996. *EBM III*
- 260 Wright AR, White PM. Testicular cancer – who needs surveillance pelvic CT? *Clin Radiol* 1999;54:78. *EBM IV*

23. Nachsorge

- 55 Krug B, Heidenreich A, Dietlein M, et al. Lymphknotenstaging maligner testikulärer Keimzelltumoren. *Fortschr Röntgenstr* 1999;171:87–94
- 60 Bundesärztekammer. Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie. *Dt Ärztebl* 1992;89:3–11
- 61 Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik

gemäß § 136 SGB V in der Fassung vom 17. Juni 1992 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 183b vom 29. September 1992), zuletzt geändert am 17. Dezember 1996 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 49 vom 12. März 1997). Dt Ärztebl 1997;94:C-581–8

- 62 Fernandez EB, Moul JW, Foley JP, et al. Retroperitoneal imaging with third and fourth generation computed axial tomography in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *Urology* 1994;44:548–52. *EBM III*
- 68 Tschammler A, Knitter J, Wittenberg G, et al. Quantifizierung der Lymphknotenperfusion mittels farbkodierter Duplexsonographie. *Fortschr Röntgenstr* 1995;163:203–9. *EBM III*
- 81 Mead GM. International consensus prognostic classification for metastatic germ cell tumours treated with platinum based chemotherapy: Final report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995;14:235.abstract 615. *EBM IA/IIA/IIB/III*
- 82 International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). The International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor based staging system for metastatic germ cell cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:594–603. *EBM IA/IIA/IIB/III*

1. Studien, die sich ausschließlich mit Nachsorgeempfehlungen befassen

- 167 Sharir S, Foster RS, Jewett MAS, et al. Optimizing follow up for early stage non-seminomatous testicular cancer. *J Urol* 1996;155:Suppl:327a.abstract 67. *EBM III/IV*
- 261 Leibovitch I, Ramon J, Hayman Z et al. Annual ultrasonographic (US) screening of the remaining testis following unilateral radical orchiectomy for testicular germ cell tumor (GCT). A prospective multicenter study. *J Urol* 1999;161(Suppl.):183.abstract 708. *EBM III*
- 262 Schölermann KH, Dettmann R, Hartmann M. Die risikogesteuerte Hodentumornachsorge. *Urologe A* 1996;35:326–30. *EBM III*
- 263 Sharir S, Foster RS, Donohue JP, et al. What is the appropriate follow up after treatment? *Semin Urol Oncol* 1996;14:45–35. *EBM III/IV*
- 264 Einhorn LH, Bosl G. Empfehlungen der ACS (American Cancer Society) Consultants. In: Fischer DS, ed. *Follow-up of cancer: Testicular cancer. A handbook for physicians*, 4th edn. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven Publisher, 1996:68–9,70–3. *EBM IV*

2. Nachsorge bei Seminom im klinischen Stadium I

- 123 Warde P, Gospodarowicz MK, Panzarella T, et al. Stage I testicular seminoma: results of adjuvant irradiation and surveillance. *J Clin Oncol* 1995;13:2255–62. *EBM IIB*
- 135 Warde P, Jewett MAS. Surveillance for stage I testicular seminoma. Is it a good option? *Urol Clin North Am* 1998;25:425–33. *EBM III*
- 148 Sternberg CN. The management of stage I testis cancer. *Urol Clin North Am* 1998;25:435–49. *EBM IIB*
- 265 Coleman JM, Coleman RE, Turner AR, et al. The management and clinical course of testicular seminoma: 15 years' experience at a single institution. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1998;10:237–41. *EBM III*
- 266 Miki T, Nonomura N, Saiki S, et al. Long-term results of adjuvant irradiation or surveillance in stage I testicular seminoma. *Int J Urol* 1998;5:357–60. *EBM III*

3. Nachsorge bei Seminomen in den klinischen Stadien IIA/B

► nach Radiotherapie:

- 153 Bauman GS, Venkatesan VM, Ago CT, et al. Postoperative radiotherapy for stage I/II seminoma: results of 212 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42:313–7. *EBM III*
- 160 Warde P, Gospodarowicz M, Panzarella T, et al. Management of stage II seminoma. *J Clin Oncol* 1998;16:290–4. *EBM III*
- 267 Morgan G, Leong T, Berg D. Management of seminoma of the testis: recommendations based on treatment results. *Aust NZ Surg* 1997;67:15–20. *EBM III*

► nach Chemotherapie (drei Zyklen Standardtherapie), Stadium IIB:

- 150 Baniel J, Foster RS, Gonin R, et al. Late relapse of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1995;13:1170–6. *EBM III*

- 262 Schölermann KH, Dettmann R, Hartmann M. Die risikogesteuerte Hodentumornachsorge. *Urologe A* 1996;35:326–30. *EBM III*

4. Nachsorge bei Nichtseminom im klinischen Stadium I

► nach retroperitonealer Lymphadenektomie (RLA):

- 262 Schölermann KH, Dettmann R, Hartmann M. Die risikogesteuerte Hodentumornachsorge. *Urologe A* 1996;35:326–30. *EBM III*
- 268 Gels ME, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, et al. Detection of recurrence in patients with clinical stage I nonseminomatous testicular germ cell tumors and consequences for further follow-up: a single center 10-years experience. *J Clin Oncol* 1995;13:1188–94. *EBM III*
- 269 Sharir S, Jewett MA, Sturgeon JF, et al. Progression detection of stage I nonseminomatous testis cancer on surveillance: implications for the follow up protocol. *J Urol* 1999;161:472–6. *EBM III*
- 270 Thomas R, Dearnaley D, Nicholls J, et al. An analysis of surveillance for stage I combined teratoma-seminoma of the testis. *Br J Cancer* 1996;74:59–62. *EBM III*

► Surveillance:

- 111 Sogani PC, Perrotti M, Herr HW, et al. Clinical stage I testis cancer: longterm outcome of patients on surveillance. *J Urol* 1998;159:855–8. *EBM IIB+III*
- 171 Pont J, Albrecht W, Postner G, et al. Adjuvant chemotherapy for high-risk clinical stage I non-seminomatous testicular germ cell cancer: long-term results of a prospective trial. *J Clin Oncol* 1996;14:441–8. *EBM IIA*
- 268 Gels ME, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, et al. Detection of recurrence in patients with clinical stage I nonseminomatous testicular germ cell tumors and consequences for further follow-up: a single center 10-years experience. *J Clin Oncol* 1995;13:1188–94. *EBM III*
- 269 Sharir S, Jewett MA, Sturgeon JF, et al. Progression detection of stage I nonseminomatous testis cancer on surveillance: implications for the follow up protocol. *J Urol* 1999;161:472–6. *EBM III*

5. Nachsorge bei Nichtseminomen in den Stadien IIA/B

► nach RLA + adjuvanter Chemotherapie:

- 252 Gerl A, Clemm C, Schmeller N, et al. Late relapse of germ cell tumors after cisplatin-based chemotherapy. *Ann Oncol* 1997;8:41–7. *EBM III*
- 271 Donohue JP, Thornhill JA, Foster RS, et al. Clinical stage B nonseminomatous germ cell testis cancer: the Indiana University experience (1965–1985) using routine primary retroperitoneal lymph node dissection. *Eur J Cancer* 1995;31A:1599–1604. *EBM III*
- 272 Fröhlich MW, Small EJ. Stage II seminomatous testis cancer: the roles of primary and adjuvant chemotherapy. *Urol Clin North Am* 1998;25:451–9. *EBM IA*
- 273 Motzer RJ. Adjuvant chemotherapy for stage II nonseminomatous testicular cancer: what is its role? *Semin Urol Oncol* 1996;14:30–3. *EBM IA*

► Nichtseminom IIA, RLA ohne adjuvante Chemotherapie:

- 176 Donohue JP, Thornhill JA, Foster RS, et al. The role of retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage B testis cancer: The Indiana University experience (1965 to 1989). *J Urol* 1995;153:85–9. *EBM III*

► Primäre Chemotherapie +/-Residualtumorresektion:

- 274 Culine S, Theodore C, Court BH, et al. Evaluation of primary standard cisplatin-based chemotherapy for clinical stage II non-seminomatous germ cell tumours of the testis. *Br J Urol* 1997;79:258–62. *EBM III*
- 275 Horwich A, Norman A, Fisher C, et al. Primary chemotherapy for stage II nonseminomatous germ cell tumors of the testis. *J Urol* 1994;151:72–8. *EBM III*
- 276 Horwich A, Stenning S. Initial chemotherapy for stage II testicular nonseminoma. *World J Urol* 1994;12:148–50. *EBM III*

6. Seminome/Nichtseminome in den klinischen Stadien IIC/III

- 121 Fossa SD, Stenning SP, Gerl A, et al. Prognostic factors in patients progressing after cisplatin-based chemotherapy for malignant non-seminomatous germ cell tumours. *Br J Cancer* 1999;80:1392–9. *EBM III*
- 252 Gerl A, Clemm C, Schmeller N, et al. Late relapse of germ cell tumors after cisplatin-based chemotherapy. *Ann Oncol* 1997;8:41–7. *EBM III*
- 277 Donohue JP, Foster RS, Little JS, et al. Biology of metastases and its clinical implications: testicular germ-cell tumors. *World J Urol* 1997;14:197–203. *EBM III*
- 278 Ravi R, Oliver RTD, Ong J, et al. A single-center observational study of surgery and late malignant events after chemotherapy for germ cell cancer. *Br J Urol* 1997;80:647–52. *EBM III*

7. zur Abklärung von Spätrezidiven

- 150 Baniel J, Foster RS, Gonin R, et al. Late relapse of testicular cancer. *J Clin Oncol* 1995;13:1170–6. *EBM III*
- 252 Gerl A, Clemm C, Schmeller N, et al. Late relapse of germ cell tumors after cisplatin-based chemotherapy. *Ann Oncol* 1997;8:41–7. *EBM III*
- 279 Shahidi A, Norman R, Nicholls J, et al. How long to follow up patients with testicular germ cell tumours? *Proc Am Soc Clin Onc* 2000;19:331a. abstract 1300. *EBM IIB*
- 280 Sonneveld D, Sleijfer D, Schraffordt Koops H, et al. Mature teratoma identified after postchemotherapy surgery in patients with disseminated nonseminomatous testicular germ cell tumors. *Cancer* 1998;82:1343–51. *EBM III*

8. zur Abklärung möglicher Spätfolgen/ Sekundärneoplasien (therapieassoziiert?)

- 145 Travis LB, Curtis RE, Storm H, et al. Risk of second malignant neoplasms among long-term survivors of testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1429–39. *EBM III*
- 146 Travis L, Andersson M, Holowaty E, et al. Risk of leukemia following radiotherapy and chemotherapy for testicular cancer. *Proc Am Soc Clin Onc* 1999;18:308a. abstract 1185. *EBM III*
- 147 Bokemeyer C, Schmoll H-J. Secondary neoplasms following treatment of malignant germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1993;11:1703–9. *EBM III*

9. Durchführung von Becken-CT und Thorax-CT in der Nachsorge

- 59 White PM, Adamson DJA, Howard GCW, et al. Imaging of the thorax in the management of germ cell testicular tumours. *Clin Radiol* 1999;54:207–11. *EBM III*
- 260 Wright AR, White PM. Testicular cancer – who needs surveillance pelvic CT? *Clin Radiol* 1999;54:78. *EBM IV*

24. Rehabilitation

- 281 Schmid LH, Delbrück H, Bartsch H, et al. Zur Strukturqualität in der onkologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2000; 39:350–4. *EBM IV*
- 282 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Ambulante onkologische Rehabilitation. (im Druck)

Verfahren der Erstellung und Konsensusbildung

18.03.1999 beschloss die German Testicular Cancer Study Group eine Überarbeitung des »Interdisziplinären Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« von 1996 auf Grundlage von EBM. Dazu wurden von der Leitgruppe der GTCSG Themenkomplexe definiert und die Methodik für das Vorgehen nach EBM-Kriterien festgelegt. Für die Bearbeitung der Themenkomplexe wurden 21 interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen eingerichtet, deren Mitglieder durch ihre wissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet ausgewiesen waren. Die Bearbeitungsfortschritte wurden auf den Sitzungen der GTCSG (28.05., 22.09., 10./11.12.1999, 04.02.2000) analysiert und überprüft. Das Ergebnis wurde am 21.03.2000 als »Interdisziplinärer Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren: Ergebnisse einer Update-Konferenz auf Grundlage evidenzbasierter Medizin (EBM)« auf dem 24. Deutschen Krebsskongress vorgestellt und öffentlich diskutiert. Unter Berücksichtigung von Hinweisen und Anregungen aus dieser Diskussion wurde der Update-Konsensus schriftlich zusammengefasst und den unmittelbar dabei beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Prüfung vorgelegt. Nach deren Billigung erfolgte die Publikation in den Zeitschriften der beteiligten Fachgesellschaften (8–10).

Im Anschluss an den 24. Deutschen Krebsskongress wurde in Abstimmung mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) festgelegt, den »Update-Konsensus« der GTCSG zur interdisziplinären EBM-basierten Leitlinie des Informationszentrums für Standards in der Onkologie (ISTO) der DKG umzuarbeiten. Hierzu wurden die Überarbeitungshinweise des internationalen Review-Komitees der Zeitschrift »European Urology« für die englische Version (11) vom April 2001 und die Stellungnahmen der vom ISTO zusätzlich einbezogenen unten angegebenen Institutionen vom 14.08.2001 berücksichtigt. Die Leitlinie wurde am 19.09.2001 in der vorliegenden Fassung von der GTCSG gebilligt und von der Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Krebsgesellschaft/ISTO akzeptiert.

Sitzungen der GTCSG zur Vorbereitung der Konsensus-Konferenz und zur Überarbeitung als Leitlinie wurden finanziell unterstützt von Pharma-Firmen, deren Produkte bei der Behandlung von Hodentumor-Patienten eingesetzt werden.

Mitglieder und Beteiligte¹, die die »Update-Konsensus-Konferenz zur Diagnostik und Therapie von Hodentumoren« der German Testicular Cancer Study Group (GTCSG) vom 21.03.2000 erarbeiteten:

Leitung der »Update-Konsensus-Konferenz«:

Prof. Dr. med. H.-J. Schmoll (Halle)

Dr. med. S. Krege (Essen)

Dr. med. R. Souchon (Hagen)

AIO: *PD Dr. med. J. Beyer* (Marburg), *Prof. Dr. med. C. Bokemeyer* (Tübingen), *Prof. Dr. med. C. Clemm*¹ (Bad Trissl), *PD Dr. med. H.-G. Derigs*¹ (Mainz), *PD Dr. med. A. Gerl* (München), *PD Dr. med. A. Harstrick* (Darmstadt), *Prof. Dr. med. H.-J. Schmoll* (Halle), *Prof. Dr. med. W. Siegert* (Berlin), *Frau Dr. med. M. de Wit*¹ (Hamburg)

AUO: *PD Dr. med. P. Albers* (Bonn), *Prof. Dr. med. K.-P. Dieckmann* (Hamburg), *Dr. med. M. Hartmann* (Hamburg), *PD Dr. med. A. Heidenreich* (Marburg), *Frau PD Dr. med. S. Kliesch* (Münster), *PD Dr. med. K. U. Köhrmann* (Mannheim), *Frau Dr. med. S. Krege* (Essen), *PD Dr. med. M. Kuczyk* (Hannover), *Prof. Dr. med. P. Walz* (Lüdenscheld), *Dr. med. S. Weinknecht* (Berlin), *Prof. Dr. med. L. Weißbach* (Berlin), *Frau Dr. med. E. Winter* (Schwerin), *Prof. Dr. med. W. Hörtl* (Wien)

ARO: *Prof. Dr. med. M. Bamberg* (Tübingen), *Dr. med. J. Claßen*¹ (Tübingen), *Prof. Dr. med. R. P. Müller*¹ (Köln), *PD Dr. med. H. Schmidberger* (Göttingen), *Dr. med. R. Souchon* (Hagen)

Weitere Mitglieder: *Prof. Dr. med. V. Loy*¹ (Berlin), *Prof. Dr. med. C. Wittekind*¹ (Leipzig)

¹kooperierende Mitglieder

Bei der Erstellung der Leitlinie haben zusätzlich beratend mitgewirkt:

Prof. Dr. med. H. Delbrück, Wuppertal (ARNS)

Dr. med. J. T. Hartmann, Tübingen (AIO)

Dr. med. C. Kollmannsberger, Tübingen (AIO)

Die Leitlinie wurde zusätzlich folgenden Institutionen vorgelegt, deren Änderungshinweise und Ergänzungswünsche in Absprache mit den Verfassern berücksichtigt wurden:

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin (ARNS), Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO), Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO), Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO), Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO), Arbeitsgemeinschaft Experimentelle Krebsforschung (AEK), AK Supportivmaßnahmen in der Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmakologie, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Röntgengesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ)

Koordination

Dr. med. R. Souchon

Prof. Dr. med. H.-J. Schmoll

Dr. med. S. Krege

PD Dr. med. A. Heidenreich für die GTCSG

Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO)
der Deutschen Krebsgesellschaft, Frankfurt (Main)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rainer Souchon

Strahlenklinik AKH Hagen

Grünstraße 35

D-58095 Hagen

Telefon (+49/2331) 201-2621,

Fax -2637

E-mail: souchon@akh-hagen.de

Fassung vom 19.09.2001

Überprüfung geplant: Frühjahr 2004